INTRODUZIONE ALLA PSICOLOGIA

1. *Aspetti introduttivi*

Il termine psicologia deriva dal greco (psyché-logos) e significa letteralmente 'discorso sull'anima'. Si propone come una disciplina con obiettivo l'interpretazione, empiricamente fondata, delle funzioni mentali.

Nella storia delle antiche civiltà la localizzazione dell'attività psichica corrispondeva al cuore; sarà Pitagora in Grecia che assegnerà al cervello le funzioni dell'intelligenza e della ragione.

In seguito, Ippocrate ed Aristotele formularono teorie sulle attività psichiche, che rimasero in auge fino all'Illuminismo, ma erano basate su teorie razionalistiche o analogiche, prive di un supporto scientifico.

Fu Cartesio nel diciassettesimo secolo a porre le basi per lo sviluppo della Psicologia scientifica ottocentesca. Egli ereditò dalla tradizione filosofica che lo precedette la concezione che l'uomo è costituito da due entità: il corpo (res extensa) e l'anima (res cogitans) che interagiscono reciprocamente (dualismo interazionista). Il primo è visto come una macchina e, come tale, diventa oggetto di studio in base alle leggi naturali; la seconda, invece, è intesa come entità spirituale che opera secondo il libero arbitrio e non può essere studiata secondo le leggi della scienza. Cartesio ebbe il merito di sostenere che la maggior parte dei comportamenti umani sono spiegabili in termini meccanicistici (ad es. i riflessi automatici) come risultato della 'macchina corporea' indipendentemente dall'attività della res cogitans.

Successivamente Gustav Theodor Fechner, uno dei primi ricercatori accademici ad intraprendere ricerche sperimentali nell'ambito dello psichismo, lavorerà sulla misurazione matematica in ambito psicologico (evidenza empirica).

La nascita della psicologia scientifica, così come è intesa oggi, avviene ad opera di Wilhelm Wundt medico e docente di filosofia all'Università di Lipsia, dove nel 1879 realizza il primo laboratorio scientifico di ricerca psicologica.

Lo sviluppo decisivo nella storia della psicologia è stato determinato dall'applicazione allo studio della mente dei metodi propri delle scienze naturali. Secondo questa impostazione l'introspezione viene abbandonata come metodo fondamentale perché essa non fornisce prove osservabili e perché lo psicologo non ha il diritto di desumere dalla propria introspezione l'esperienza di altri.

Nel 1947 Gordon W. Allport definì la comprensione, la previsione e il controllo i tre scopi del metodo scientifico in psicologia.

I contributi teorici e pratici che la psicologia può fornire all'operare medico costituiscono degli argomenti complessi e talvolta controversi che hanno suscitato nel tempo sempre maggiore interesse e applicazione. I rapporti tra le due scienze appaiono infatti profondamente diversi da quelli che esistono tra la medicina e altre scienze precliniche, quali la fisiologia o l'anatomia. D'altro canto la psicologia e la medicina presentano anche dei punti di contatto, che ci permettono di chiarire tale relazione.

*La psicologia è la scienza che studia la psiche ed il comportamento dell'uomo e rappresenta l'applicazione al comportamento umano dei metodi di osservazione e sperimentazione propri della scienza, con lo scopo di identi*ficare le condizioni antecedenti associate a particolari tipi di comportamento e di spiegare tali rapporti per mezzo di teorie che possono tener conto di quelli che generalmente vengono indicati come processi mentali.

La psicologia e la medicina oltre a nutrire un interesse comune verso il comportamento umano presentano anche specifiche convergenze.

Su un piano operativo le conoscenze psicologiche utili alla professione medica possono essere descritte facendo riferimento alle due fasi nelle quali è suddiviso tipicamente il percorso clinico.

Fase di valutazione

- Conoscenza del ruolo dei fattori psicologici come causa o concausa di malattia:

a) disturbi Mentali (per esempio un disturbo depressivo che ritardi la guarigione da un infarto del miocardio);

b) tratti di Personalità o Stili di Adattamento (per es.: la negazione patologica della necessità di un intervento chirurgico in un paziente con cancro; comportamenti ostili e pressanti che contribuiscono ad una malattia cardiovascolare);

c) comportamenti sanitari maladattivi (per es.: l'eccessiva alimentazione, la mancanza di esercizio fisico);

d) reazioni Fisiologiche Correlate allo Stress (per es.: esacerbazioni, correlate allo stress, di ulcera, ipertensione, aritmia o cefalea muscolotensiva).

- Conoscenza delle reazioni alla malattia e all'ospedalizzazione. L'ospedalizzazione comporta spesso l'invasione dello spazio e dell'intimità, la perdita di indipendenza, la spersonalizzazione e la riduzione dei rapporti sociali che si associano a paura, irritabilità, perdita di interesse. In alcuni casi la riduzione dell'input sensoriale determina insonnia, disorientamento spazio-temporale, e stati di confusione.
- Comprensione del quadro sintomatologico attraverso una comunicazione efficace, all'interno del rapporto medico paziente.
- Acquisizione di strumenti per la diagnosi differenziale con i disturbi somatoformi e per la diagnosi psichiatrica.

Una buona comunicazione consente di rilevare in modo preciso i sintomi del paziente e a volte questo è sufficiente per differenziare disturbi organici da disturbi funzionali. A titolo di esempio: uno svenimento può essere dovuto ad una crisi ipoglicemica o a una conversione somatica.

Fase di intervento

- Utilizzazione di un buon rapporto medico-paziente come fattore co-terapeutico.
- Realizzazione delle condizioni necessarie al Consenso Informato, per tutte le procedure mediche.

Per 'consenso' si intende un'esplicita dichiarazione di accordo fatta dalla persona, in una situazione non coercitiva, nella quale ella si sente, allo stesso modo, libera di dare o rifiutare il suo assenso. Per ottenere il consenso 'informato' durante il colloquio, con un linguaggio chiaro e comprensibile, la persona viene resa consapevole di tutte le implicazioni della procedura proposta, come pure dei vantaggi e degli svantaggi che essa comporta e delle alternative disponibili.

- Realizzazione di interventi psicoterapeutici nei pazienti con disturbi mentali.
- Miglioramento dell'aderenza alla prescrizione.
- Valutazione corretta dell'effetto della terapia.

Durante il processo diagnostico sarà necessario comprendere lo stato emotivo di base del paziente e gli aspetti psicologici dell'ospedalizzazione. In questo ambito si inseriscono inoltre le competenze necessarie alla comunicazione della diagnosi, intervento particolarmente delicato in caso di malattie gravi e stati terminali.

Gli errori e i problemi che possono caratterizzare questa fase riguardano l'ascolto con pregiudizio e incredulità, l'uso esclusivo di strumenti logicorazionali nell'interpretazione dei dati o l'influenza di fattori emotivi nell'esame della situazione del paziente e dei suoi sintomi.

Riguardo la fase terapeutica l'interesse sarà invece incentrato sulla realizzazione e verifica della cura e particolare importanza sarà rivestita dalla percezione della malattia, dalla qualità del rapporto medico-paziente, dalla comprensione e dalla sintonia con la prescrizione, dalla motivazione e dal sostegno sociale. Sarà necessaria un'accurata valutazione dei fattori situazionali (è, ad esempio, fondamentale il sostegno fornito dalla famiglia); del regime terapeutico (influenzato dalla frequenza e il numero di farmaci prescritti e dall'opinione del paziente sugli effetti collaterali e sull'efficacia del trattamento); della comprensione e del ricordo della prescrizione; del rapporto medico paziente (il grado di compliance è funzione

della qualità della relazione).

2. Metodi

2.1 L'individuazione, la delimitazione e la scelta delle variabili

Il metodo scientifico in psicologia consiste nel procedere in modo da costruire una teoria basata su fatti comportamentali obiettivi.

La natura peculiare e complessa dell'oggetto di studio implica particolari difficoltà nella definizione delle variabili da indagare, e lo psicologo deve tenere presenti problematiche riguardanti la loro delimitazione, descrizione, rilevanza clinica ed equivalenza funzionale. Il primo problema con cui si confronta è quello di delimitare il campo di osservazione e di costruire delle teorie sulla base di generalizzazioni utili.

Occorre tenere presente che nell'osservazione di un evento non entrano in gioco solo i fattori legati all'oggetto osservato, ma anche i possibili preconcetti dell'osservatore, compresi con il termine di 'equazione personale', che costituisce spesso la principale fonte di errore. Non esiste un'osservazione priva di preconcetti: ogni persona interpreta ciò che vede in modo differente basandosi su idee che derivano dalle esperienze precedenti. Per ovviare a ciò si ricorre a più di un osservatore e ci si serve dell'ausilio di registrazioni del comportamento.

L'osservatore stesso deve essere in grado di descrivere in modo appropriato quanto rilevato. Un modo per descrivere le variabili da esaminare è di classificarle in quelle relative allo *stimolo* (ad esempio una situazione sociale o una stimolazione fisiologica), alla *risposta* (il comportamento messo in atto) e a*ll'organismo* (le caratteristiche psico-fisico-sociali proprie di ogni individuo).

In psicologia spesso la complessità dei dati con cui si lavora difficilmente rende possibile una loro descrizione attraverso un linguaggio scientifico universale come quello matematico.

A volte insorgono equivoci in quanto lo stesso termine descrittivo può essere inteso con significati diversi, si pensi al termine di 'intelligenza' o a quello di 'personalità'; altre volte sussiste il rischio che l'accordo tra gli osservatori non derivi tanto da una reale rilevazione dei dati, quanto da un indottrinamento in uno schema descrittivo che va all'aldilà della validità teorica. Lo psicologo, nell'esaminare e nel presentare analisi del comportamento, deve scegliere quale sia il livello di spiegazione più adatto ai suoi scopi. E' possibile distinguere tra livelli di analisi molari e molecolari, ovvero si possono presentare spiegazioni del comportamento ad un *medesimo livello o* ad un livello *riduzionista.* È possibile almeno in linea di principio spiegare il comportamento facendo riferimento a caratteristiche generali e/o a quello di altri soggetti (spiegazioni al medesimo livello) o lo si può spiegare, ad esempio, descrivendo dettagliatamente la sequenza degli eventi nervosi e chimici correlati con esso (spiegazione riduzionista). Quest'ultimo livello di spiegazione in psicologia non è quasi mai possibile, non risulta utile e non ha, peraltro, corrispondenza con l'esperienza soggettiva.

Un'altra problematica relativa all'individuazione e alla scelta delle variabili è costituita dalla loro rilevanza clinica: la scelta cade su variabili che tendono a ripetersi nel tempo e che almeno ad un esame più superficiale sembrano rientrare all'interno di una stessa categoria.

Lo psicologo deve anche affrontare il problema di definire quali risposte siano funzionalmente equivalenti cioè risposte che, nonostante differenze nei particolari, presentano sufficienti elementi comuni tali da farle considerare all'interno di una stessa cantoria per cui le differenze costituiscono solo particolari non significanti (ad esempio le diverse risposte classificabili come ansia). Questo problema si presenta, ad esempio, nell'identificare quali caratteristiche, costanti o variabili, del comportamento di un individuo possano essere utilizzate come indice della sua personalità.

<u>La misurazione in psicologia</u>

La misurazione psicologica consiste nel tentativo di tradurre in termini numerici e quantitativi gli aspetti dell'attività psichica o della personalità, normale o patologica, che altrimenti sarebbero oggetto di una valutazione soggettiva e descrittiva.

Si assegnano valori numerici ad eventi comportamentali in modo da poter rappresentare le differenze di comportamento mediante differenze di punteggio.

Esistono fondamentalmente quattro modi di quantificare una variabile e quattro tipi di scale che possono essere impiegate: la scala nominale, la scala ordinale, la scala di intervallo e la scala di rapporto.

- *La scala nominale* consiste nella categorizzazione dei soggetti in classi (ad esempio i tiri al bersaglio possono essere suddivisi in centri ed errori o i soggetti tra chi supera e chi fallisce una prova); questo tipo di scala non fornisce dati sotto forma di punteggio, ma di frequenze tra diverse classi per cui non è possibile evidenziate differenze tra i soggetti appartenenti alla stessa classe. Le uniche operazioni statistiche possibili sono la frequenza (numero di punteggi per distribuzione) e la moda (punteggio più frequente in una data distribuzione).
- *La scala ordinale* è la forma più semplice di misurazione che rappresenta ogni soggetto o risposta con un numero e prevede la categorizzazione dei soggetti in ordine di rango rispetto alla variabile in gioco (ad esempio i tiri possono essere raggruppati in ranghi a seconda della loro distanza dal bersaglio). I numeri assegnati rappresentano unicamente la loro posizione in ordine di rango e non permettono di stabilire se, ad esempio, la differenza tra primo e secondo rango è maggiore o minore di quella tra secondo e terzo. Oltre alla frequenza e alla moda, la scala ordinale permette anche l'operazione statistica della mediana (punto della scala che divide la distribuzione in due metà uguali nel senso che al di sopra e al di sotto del punto si collocano il 50% dei casi).
- La *scala di intervallo* si distingue dalle precedenti perché il procedimento di quantificazione è tale che ogni differenza di un'unità di punteggio rappresenta la stessa quantità di differenza della variabile che viene quantificata e ciò vale per qualsiasi differenza di unità di punteggio (ad esempio se il soggetto A ha un punteggio di 60, il soggetto B di 50 e il soggetto C di 45, allora la differenza tra i soggetti A e B rispetto alla variabile che viene misurata è grande il doppio della differenza tra i soggetti B e C). Un'ulteriore operazione statistica rispetto alle precedenti scale è la deviazione standard (grado di variabilità di un insieme di punteggi).
- La *scala di rapporto* si differenzia dalla scala di intervallo per la presenza del punteggio 0 (zero) che corrisponde all'assenza della variabile misurata (ad esempio si può utilizzare la distanza in centimetri di ogni tiro dal bersaglio e lo zero rappresenterebbe il centro). I dati relativi a tale scala possono essere sottoposti a tutte le operazioni statistiche.

Le misure utilizzate nella maggior parte dei reattivi psicologici di intelligenza e di personalità non consentono mai l'applicazione di scale di rapporto e solo qualche volta arrivano a poter applicare quelle di intervello. Generalmente la misurazione in psicologia si ferma al livello nominale o al livello ordinale e questo rappresenta un inevitabile limite.

In sintesi le variabili psicologiche, rispetto a quelle biologiche: a) non sono misurabili direttamente alla loro origine cerebrale ma indirettamente per come si esprimono nel comportamento b) sono difficilmente differenziabili tra loro, dal momento che concorrono in modo assolutamente integrato al funzionamento psichico c) il stesso comportamento che le esprime è a sua volta misurabile in modo relativamente approssimativo (mai con scale di rapporto, raramente con scale di intervallo); d) è difficile stabilire equivalenze funzionali e rilevanza clinica e) spesso lo stesso ricercatore tende ad essere coinvolto con l'oggetto del proprio studio. Nonostante i limiti intrinseci alla disciplina, la ricerca e la clinica psicologica si sono sviluppate dalle loro origini, fornendo strumenti e metodologie che sono risultati sufficientemente efficaci ed utili , tanto da espandersi ed affermarsi sempre di più nel corso della storia.

2.2 I ***metodi della ricerca scientifica***

La ricerca in psicologia può seguire due metodologie attraverso *una impostazione nomotetihe*

(nomos = legge) o una *idiografica* (idios = individuale). La prima travalica il caso singolo e permette di effettuare generalizzazioni confrontando le risposte di campioni abbastanza ampi di soggetti in un determinano momento di tempo. La seconda prende in considerazioni dati che derivano, generalmente in gruppi molto ristretti, da rilevazioni protratte durante un lungo intevallo di tempo seguendo le modificazioni individuali del comportamento.

Hendricks, nel 1990, classifica le strategie di ricerca usate per verificare un'ipotesi secondo tre dimensioni. La prima dimensione riguarda il *metodo di ricerca* che determina tre tipi fondamentali di studi: sperimentali, correlazionali e descrittivi; la seconda dimensione è relativa alla *tecnica di raccolta dei dati* che può essere: oggettiva (osservazione esterna) o soggettiva (autodescrizione); la terza riguarda il *setting* ovvero il contesto ambientale in cui viene condotta la ricerca: di laboratorio o sul campo. Da queste tre dimensioni si possono, quindi, ottenere dodici differenti tipi di strategia di ricerca ciascuno definito da una specifica combinazione delle tre dimensioni.

Gli studi *sperimentali* e quelli di *correlazione* costituiscono i metodi più importanti a disposizione dello psicologo. Si considera sperimentale una procedura di conoscenza finalizzata a rendere coerente un sistema di rapporti controllati mediante verifiche empiriche e misurative. Negli studi sperimentali si costruisce un setting il cui scopo è quello di individuare una relazione di causa-effetto tra le variabili considerate agendo sistematicamente su di esse. La ricerca scientifica costruisce e utilizza strumenti di misura allo scopo di aumentare le conoscenze relative alle variabili dipendenti, partendo dalla conoscenza delle variabili indipendenti. Si definisce variabile indipendente il fattore che lo sperimentatore modula a suo piacimento in funzione dell'obiettivo della ricerca, mentre per variabile dipendente si intende quel fattore che cambia al variare della prima. Per verificare un'ipotesi ci si avvale di due gruppi: un gruppo sperimentale e un gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale è quello a cui si modifica il valore della variabile indipendente oppure è quello costituito da soggetti che presentano tale variabile in misura significativa, mentre il gruppo di controllo è costituito da soggetti in cui la variabile indipendente è mantenuta costante o rappresentata in modo irrilevante. Bisogna tener ben presente, inoltre, che molti esperimenti richiedono la manipolazione di più variabili.

Le fonti di errore commessi durante un esperimento possono essere di natura casuale o sistematica. Gli errori casuali sono dovuti principalmente a condizioni accidentali non prevedibili e non controllabili, come interruzioni, differenze individuali, ecc.; gli errori sistematici, invece, quelli dovuti ad esempio ad errori di misurazione o ad errori di campionamento. Tali errori possono essere controllati attraverso tecniche di controllo quali l'eliminazione, la costanza, il bilanciamento, e la randomizzazione.

Il metodo correlazionale non ha lo scopo di individuare una relazione di causa-effetto tra le variabili ma una correlazione, sia essa positiva, negativa o nulla, esistente fra loro. Questo metodo è particolarmente utilizzato in psicologia per la determinazione delle differenze individuali. È bene essere consapevoli che la correlazione non implica in nessun modo alcun rapporto causale.

La ricerca scientifica in psicologia si è sempre molto avvalsa storicamente di metodologie statistch,e nello sforzo peraltro di compensare e superare i limiti intrinseci stessi della disciplina.

10. L'intelligenza

Nonostante sia piuttosto difficile dare una sintetica definizione di intelligenza senza che risulti riduttiva, questa può tuttavia essere intesa come *la capacità operativa di lavorare alla risoluzione dei problemi con l'aiuto di schemi sempre più complicati e mobili, conformati ad un piano logico.*

Utilizzando una descrizione più analitica che espliciti le funzioni cognitive che la costituiscono come dimensione psicologica complessa, possiamo definirla anche come l'abilità ad assimilare una conoscenza effettiva, a ricordare sia eventi recenti che remoti, a ragionare

logicamente, a manipolare concetti (sia numeri che parole), a convertire l'astratto in concreto ed il concreto in astratto, ad analizzare e sintetizzare le forme, a trattare significativamente ed accuratamente problemi e priorità considerate importanti in un setting particolare.

In generale due sono le impostazioni metodologiche con le quali sono stati condotti gli studi empirici sull'intelligenza: l'approccio statistico e l'approccio qualitativo. L'*approccio statistico* si basa sulle differenze individuali rispetto a compiti che richiedono intelligenza e si pone il problema della dimensionalità dell'intelligenza ossia se considerarla come una singola dimensione al cui interno sono comprese le differenze individuali, o considerarla come fenomeno multidimensionale, per cui gli individui possono differire per aspetti specifici di essa. Si avvale dei punteggi empirici dei reattivi mentali impiegati: ogni reattivo presenta una serie di voci di varia difficoltà che presuppongono il possesso di capacità indicative di intelligenza.

Uno sviluppo degli studi sull'intelligenza è quello proposto da J. McKeen Cattell con *la teoria dell'intelligenza fluida e cristallizzata*. Secondo Cattell, infatti, il fattore generale riscontrato nei reattivi in realtà è costituito da due fattori distinti ma strettamente correlati tra loro: l'intelligenza I luida e l'intelligenza cristallizzata. L'intelligenza fluida corrisponde alla capacità modificativa di schemi logici preesistenti che opera, appunto, quando gli schemi già acquisiti non facilitano l'adattamento e consiste nella capacità di percepire le relazioni indipendentemente da un apprendimento avvenuto precedentemente; l'intelligenza cristallizzata, invece, opera nei reattivi in cui si fa un uso ottimale del repertorio cognitivo già esistente in quanto trattasi di una capacità mentale che deriva dalle passate esperienze.

Le teorie dell'intelligenza appaiono classificabili in base ai principi generali che hanno ispirato la ricerca in questo ambito: l'intelligenza e' stata vista, di volta in volta, a secondo dei modelli proposti, in relazione al mondo interno, al modo esterno o all 'esperienza dell'individuo.
Durante il ventesimo secolo l'intelligenza e' stata considerata da molti studiosi come una proprietà' interna dell'organismo umano; in tal senso due modelli fondamentali detti rispettivamente topografico e di calcolo hanno prevalso su altri ispirando numerose teorie.

Il modello topografico: intelligenza come mappa delle funzioni mentali.

Al fine di chiarire il concetto di intelligenza sono stati compiuti numerosi tentativi volti alla identificazione dei componenti della sua struttura globale.
Sul piano metodologico, gli studi empirici sono stati caratterizzati dall'approccio statistico.
In particolare e' stato impiegato il metodo dell'analisi fattoriale, tecnica matematica progettata per ridurre una matrice di valori (in questo caso le correlazioni tra reattivi mentali) ad un piccolo numero di fattori tali che da questi si possa riprodurre l'intera matrice.
Questo strumento consente di evidenziare la struttura interna "latente" di un' insieme di dati ed e' stato, in questo caso, applicato a matrici di correlazione relative a risultati di test psicologici che sembravano, ai ricercatori, misurare diverse abilita' settoriali nel campo delle funzioni cognitive.
Dall'assetto di tali correlazioni sono state desunte indicazioni circa la natura e la struttura dell'intelligenza.
Spearman, ritenuto comunemente l'ideatore dell'analisi fattoriale, aveva cosi' ipotizzato che l'intelligenza potesse essere concepita in termini di un singolo fattore che influenza le prestazioni in tutti i compiti di abilita' mentale e di un fattore specifico per ogni reattivo utilizzato.
In altri termini la qualità' della prestazione in un dato compito dipende da una capacita' mentale generale e dall'intervento di un'attitudine mentale più' specifica.
Tale teoria detta "bifattoriale", attribuisce notevole importanza al fattore generale "g, ritenendolo derivato dalle differenze individuali in termini di energia mentale che, secondo l'autore, trova la sua espressione nell'autocoscienza, nella percezione di rapporti e nella deduzione di correlazioni.
Applicando metodi che massimizzano la quantita' totale di varianza dovuta al fattore comune, e' stata proposta da autori anglosassoni la teoria " gerarchica " delle abilita' mentali.
Questa concezione chiama in causa un fattore generale, comune a tutti i reattivi ed una serie di fattori di gruppo, ognuno dei quali satura in modo positivo alcuni reattivi ed ha saturazione prossima a zero in altri; tra i fattori di gruppo frequentemente individuati, quelli noti come verbale, aritmetico, spaziale e meccanico.
La teoria dei " fattori multipli " di Thurstone, ottenuta adottando soluzioni che massimizzano le saturazioni zero, diminuendo le probabi1ita' di individuare un fattore generale, concepisce l'intelligenza come un gruppo di 'abilita' primarie debolmente legale tra loro: comprensione e fluidità' verbale, abilita'

numerica, spaziale e percettiva, memoria e ragionamento.
Concettualmente più' articolata la teoria di Guilford che, partendo da un'analisi logica delle attività' intellettive ha distinto 4 tipi di contenuti, 5 tipi di operazioni e **6** tipi di prodotti mentali .
I contenuti riguardano le informazioni dell'individuo, le operazioni il tipo di elaborazione e i prodotti i risultati finali. .
L'intelligenza viene raffigurata in uno schema tridimensionale che rappresenta le diverse combinazioni di operazioni, prodotti e contenuti; sono stati così definiti 120 fattori ritenuti corrispondenti ad altrettante abilità mentali.
Infine, tra quelle di maggior rilievo, la teoria di Cattell la quale presuppone che il fattore generale sia in realtà funzione di due fattori distinti ma correlati.
Uno, detto intelligenza fluida, fà riferimento alla capacità di adottare soluzioni nuove di problemi; l'altra all'impiego di abitudini apprese di pensiero.

Il modello di calcolo: intelligenza come programma di computer

Recentemente lo studio dell'intelligenza ha coinciso sempre più con l'analisi dei processi mentali che intervengono nella elaborazione delle informazioni in analogia con modelli informatici.
Conclusa un'analisi relativa a processi di pensiero, il ricercatore compila un programma per il calcolatore che viene messo in grado di eseguire il processo ipotizzato.
Il programma e' quindi verificato e rappresenta sostanzialmente una teoria del pensiero espressa in termini di calcolatore.
La successiva verifica riguarda sia l'adeguatezza delle soluzioni che il grado di analogia con i processi mentali umani.
A quest'ultimo tipo di quesito si tenta di rispondere affiancando e confrontando i protocolli prodotti da macchine e da solutori umani.
Numerosi autori, lavorando in tale ambito, hanno tentato di spiegare le differenze individuali nelle prestazioni intellettive sottolineando il ruolo della velocità di conduzione nervosa misurata attraverso i tempi di reazione allo stimolo (Jensen), la velocità di accesso ad informazioni lessicali conservate nella memoria a lungo termine (Hunt), abilità in compiti che comprendono analogie, problemi e sillogismi (Sternberg).
Recentemente Simon ed altri hanno studiato la performance in compiti che richiedevano un rilevante bagaglio di conoscenze in continuo incremento ed adattamento, come la diagnosi medica, rifacendosi ai cosiddetti sistemi esperti. Gagnè ha proposto sette fasi di attività' interna nella soluzione di problemi: formulazione del problema, richiamo di regole e fatti, selezione e combinazione di dati, produzione, ***v e r i f i c a*** ed enunciazione della soluzione.
Non tutti gli psicologi hanno considerato l'intelligenza come una proprietà interna del l'organismo.
Alcuni hanno studiato l'intelligenza in relazione al mondo esterno dell'individuo, in particolare a fattori culturali e sub-culturali : riportiamo, a tale proposito il modello cosiddetto "antropologico".

Il modello antropologico: intelligenza come prodotto culturale.

La natura dell'intelligenza e' qui considerata come totalmente o parzialmente determinata dal contesto ambientale.
Così Berry propone il concetto radicale secondo il quale la descrizione e la valutazione dell'intelligenza dovrebbe essere fatta unicamente in base alle stesse nozioni di competenze cognitive proprie della cultura dei soggetti esaminati.
In altri termini non esisterebbe un concetto universale di intelligenza.
Secondo altri autori sarebbe possibile, anche in virtù degli scambi e della integrazione sempre in atto fra culture diverse, individuare elementi comuni ed elementi specifici in questo senso.
Un altro ordine di considerazioni verte sul fatto che, pure all'interno della stessa cultura, esistono differenze significative come, ad esempio, fra giovani ed anziani (Baltes).
E' stato notato un cambiamento con l'avanzare dell'età, degli obiettivi e dei comportamenti che sembrano sempre meno orientati verso l'efficienza intellettiva così come è misurata dai test di intelligenza: più' orientati verso prestazioni "tipiche" piuttosto che "massime".
In ogni caso, gli autori legati al modello antropologico condividono un atteggiamento critico nei confronti della validità dei test di intelligenza, sostenendo l'esistenza di comportamenti intelligenti inscindibilmente legati al contesto di vita quotidiana.
Tale punto di vista utilizza concetti propri dell'etologia. Differenti presupposti teorici appaiono

fondare quelle teorie che sono centrate sull'analisi dello sviluppo dell'intelligenza: queste teorie enfatizzano il ruolo dell'esperienza quale mediatrice del rapporto tra modo interno ed esterno dell'individuo.
Le due più importanti appaiono quelle di Piaget e di Vygotsky, riconducibili ripettivemente, per le loro caratteristiche, ad un modello " biologico " ed un modello " sociologico ".

Il modello biologico: intelligenza come sistema evolutivo.

Piaget concepisce l'intelligenza come un aspetto o qualita' dell'adattamento all'ambiente; adattamento che, una volta raggiunto, e' uno stato di equilibrio tra le azioni dell' organismo e quelle dell'ambiente.
Tradizionalmente gli psicologi tendevano ad analizzare le interazioni tra organismo ed ambiente in una sequenza a tre fasi: stimolo, risposta, rinforzo.
Piaget ritiene che l'organismo debba invece essere considerato sempre come attivo: ciò che in ogni fase si manifesta tra organismo ed ambiente e' un'interazione che, dal punto di vista dell'organismo e' sempre un'azione (l'essere stimolato e' in realtà per l'organismo l'azione di percepire).
Egli non cerca di definire in modo meccanicistico-causale le condizioni antecedenti i cambiamenti evolutivi ma si concentra sulla loro descrizione: l'unica variabile indipendente è così l'età stessa del bambino.
Gli studi sono prevalentemente di tipo longitudinale e la teoria e' caratterizzata da tre concetti fondamentali. Il primo è quello di schema, concepito come sequenza organizzata di strutture mentali responsabili del modellarsi e del ricorrere delle azioni. Il secondo è la nozione di equilibrio e concerne il fatto che 1'organismo acquisisce capacità cognitive attraverso il raggiungimento di equilibri adattativi tra i processi di assimilazione ed accomodamento. L'assimilazione consiste nell'includere aspetti esperienziali in uno schema già esistente. L'accomodamento consiste nella modificazione dello schema perché si accordi con la realtà dell'ambiente. Il terzo aspetto fondamentale della teoria è rappresentato dalla suddivisione dello sviluppo in fasi che seguono un ordine invariabile.
Il primo periodo detto sensomotorio (fino a 2 anni) è caratterizzato dall'attività di schemi sensomotori.
Durante il periodo preoperatorio (da 2 a 7 anni) nasce e si sviluppano le rappresentazioni mentali ed il pensiero simbolico. Nel periodo delle operazioni concrete (da 7 a 12 anni) il fanciullo applica operazioni mentali ad oggetti concreti e, quindi, nel periodo delle operazioni formali (oltre i 12 anni) ad oggetto astratti o formali.
La rappresentazione più elementare dell'intelligenza è probabilmente quella connessionistica, secondo la quale le differenze individuali nel livello di intelligenza sono date del numero di connessioni che le persone riescono a formare. Questa concezione è compatibile con una psicologia associazionistica elementare, generalmente passiva, che concepisce lo sviluppo come un semplice fatto cumulativo (sommarsi di associazioni o abitudini) e di maturazione (formazione di un numero crescente di connessioni potenziali) ed immediatamente riconducibile a statistiche lineari additive.
La concezione di Piaget, all'opposto, consiste essenzialmente in una serie di stadi di sviluppo mentale, nel corso dei quali prendono forma diversi fenomeni ed operazioni, e di interazioni attive del fanciullo con il suo ambiente che concorrono a determinare, in virtù della maturazione, il suo progresso da uno stadio all'altro.

Il modello sociologico: intelligenza come introiezione di processi sociali

In diretta opposizione con la teoria di Piaget, Vygotsky afferma che i comportamenti intelligenti hanno origine nei processi di socializzazione e sono assimilati dal bambino solo dopo essersi manifestati socialmente.
Il bambino è capace di fare da solo unicamente ciò che ha fatto in precedenza sotto la guida dei genitori.
Così, mentre Piaget enfatizzava il ruolo della maturazione interna, Vygotsky sottolinea maggiormente l'importanza dell'interazione con l'ambiente esterno.
Queste due teorie hanno avuto una profonda influenza nel campo dell'intelligenza? orientando l'attenzione dèi ricercatori sul ruolo della maturazione e dell'esperienza.
In particolare il crescente interesse degli psicologi statunitensi per i problemi delle privazione culturale ed intellettuale e la crescente attenzione per le prime esperienze scolastiche hanno dato luogo a numerose ricerche sperimentali che hanno tratto stimolo dalle formulazioni di questi autori.

ARGOMENTI DI PSICOLOGIA DELLA PERSONALITA'

1. Cenni storici e generalità

Karl Jaspers, psichiatra tedesco del secolo scorso, già nel 1913 sottolineava come nessun concetto viene impiegato con significati tanto diversi quanto quelli di personalità e di carattere.

L'etimologia della parola personalità deriva dal latino e significa maschera, l'oggetto indossato dall'attore di teatro e che rappresentava e connotava il personaggio interpretato.

L'attore parlava attraverso (per) una fessura in corrispondenza delle labbra per diffondere meglio il suono (sona).

Dall'accezione etimologica del termine si deduce, dunque, che la personalità è l'amplificazione delle caratteristiche proprie del personaggio interpretato dall'attore per renderlo connotabile agli astanti.

Successivamente il termine personalità giunge a qualificare l'uomo in relazione al ruolo che ricopre nel mondo. Comunemente il termine personalità è utilizzato con diversi significati. Lo si può identificare con quello di abilità sociale, intesa come capacità di un soggetto di reagire positivamente alle sollecitazioni esterne. Un altro riconduce, invece, alla personalità tutte le impressioni che un individuo è in grado di suscitare negli altri.

Questa varietà di significati attribuitigli dal linguaggio comune è riscontrabile nelle diverse accezioni con cui questo termine è stato utilizzato dagli psicologi. Allport riportava, nel 1937, in uno studio della letteratura sull'argomento, quasi cinquanta definizioni diverse di personalità.

Allport formula, in quello studio, una sua prima definizione che riguarda il concetto di personalità intesa come insieme stabile di caratteristiche e tendenze che determinano somiglianze e differenze nel comportamento psicologico delle persone (pensieri, affetti, comportamenti) e attribuiscono loro il senso di identità e continuità nel tempo.

La personalità, dunque, non è una combinazione arbitraria e casuale di sentimenti, comportamenti e pensieri bensì è una sorta di storia interiormente organizzata e scandita. Essa, cioè, è un insieme di caratteristiche psicologiche e comportamentali che si manifestano in modo più o meno consapevole in tutti gli aspetti della vita individuale e che sono il risultato di una serie di predisposizioni biologico-ereditarie combinate con i fattori appresi dall'esperienza.

Una successiva definizione dello stesso Allport è quella del 196, in cui questo autore afferma che la personalità è costituita dalla organizzazione dinamica, nell'ambito dell'individuo, di quei sistemi psicofisici che determinano il suo comportamento e pensiero caratteristico. La personalità non è, dunque, descritta in termini di dicotomia ma di unione tra corpo e mente: un insieme di funzioni e sistemi psicofisici e pone enfasi sul concetto di unicità dell'individuo.

Anche Sheldon attribuisce alla personalità una funzione integrativa in quanto organizzazione dinamica degli aspetti cognitivi, affettivi, conativi, fisiologici e morfologici dell'individuo.

Alcune definizioni hanno, invece, sottolineato la funzione mediatrice della personalità quale mezzo di adattamento dell'individuo. Essa, dunque, consisterebbe nei tipici e numerosi sforzi di adattamento del singolo.

Alcuni teorici, infine, hanno ravvisato nella personalità l'essenza stessa dell'uomo, vale a dire il suo aspetto più rappresentativo che non solo serve a distinguerlo dagli altri ma che, soprattutto, configura ciò che egli realmente è.

In sintesi, dunque, il concetto di personalità fa riferimento ad un insieme di valori e di termini descrittivi adoperati per connotare l'individuo.

L'Organizzazione mondiale della Sanità, infine, così si è espressa nel 1992 in tema di personalità: con personalità s'intende una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale.

S.Freud descrive la personalità in termini sia strutturali che dinamici, formulando ipotesi dettagliate anche riguardo le sue fasi di sviluppo.

La personalità è formata, secondo Freud, da tre *strutture* fondamentali: *Io-Es-Superio.* Il comportamento è il risultato di complesse interazioni tra queste tre istanze. Ognuna di queste è essenzialmente un insieme organizzato di contenuti e processi mentali.

L'Es è la matrice da cui si differenziano l'io e il Superio; è il serbatoio dell'energia psichica ed è composto da tutti i fattori ereditari presenti fin dalla nascita, compresi gli istinti. L'Es non tollera gli aumenti di energia che si traducono in fastidiosi stati di tensione. Quando il livello di tensione aumenta, come risultato sia di stimoli esterni che di eccitazioni interne, l'Es opera in modo da scaricare immediatamente la tensione e riportare l'organismo ad un livello energetico basso e costante (principio del piacere).

A questo scopo l'Es impiega due meccanismi: le azioni riflesse (reazioni innate automatiche), il processo primario (rappresentazione mentale dell'oggetto). Il processo primario non è in grado, da solo, di ridurre la tensione, di conseguenza inizia a prendere forma l'istanza dell'io.

L'Io si sviluppa in conseguenza dei bisogni dell'organismo che richiedono rapporti adeguati con la realtà. Obbedisce al *principio di realtà* (impedisce che la tensione si scarichi prima che sia disponibile l'oggetto atto

a soddisfare i bisogni ed implica che l'esperienza soggettiva trovi un'adeguata corrispondenza nel mondo esterno) ed opera mediante il *processo secondario* (sospendi il principio di piacere e permette all'io di formulare un piano per soddisfare il proprio bisogno). L'Io costituisce la parte organizzatrice dell'Es e media tra le esigenze istintuali e il mondo esterno.

Il *Superio* è il rappresentante interiore dei valori tradizionali e degli ideali della società che vengono appresi dal bambino tramite i genitori *(coscienza* e *Io ideale).* Le sue funzioni sono quelle di inibire gli impulsi dell'Es, indurre l'io a sostituire con finalità morali i suoi scopi realistici. L'Es può essere, dunque, considerata la componente biologica della personalità, l'io quella psicologica ed il Superio quella sociale.

Freud considera l'organismo umano come un complesso *sistema energetico* che segue i principi della conservazione dell'energia (nulla si crea, nulla si distrugge, tutto si trasforma). L'Es e i suoi istinti rappresentano il punto di concilio tra l'energia del corpo e quella della personalità. Considera, inoltre, la psiche nella prospettiva delle varie pulsioni (istinti) e delle difese operanti i »nitro di esse. L*'istinto* è definito come la rappresentazione psicologica di una fonte somatica interna di eccitazione; la rappresentazione psicologica viene denominata *desiderio* e l'eccitamento fisico dalla quale nasce, *bisogno.*

Ogni istinto ha quattro caratteristiche:

- *fonte* (zona erogena, porzione di pelle o di mucosa molto sensibile che produce sensazioni piacevoli);
- *meta* (scarica della tensione);
-*oggetto* (condizione per soddisfare il bisogno e comportamento per assicurare la condizione);
- *spinta* (forza o energia determinata dal bisogno che ne costituisce la base).

Il principio generale del modello freudiano è quello della *riduzione della tensione.* Il comportamento di una persona è determinato da spinte interne e cessa quando un'azione appropriata elimina o diminuisce la spinta stessa. Lo scopo di un istinto ha, quindi, carattere sia regressivo perché riporta l'organismo in uno stato di riposo, sia conservativo perché eliminando gli eccitamenti conserva l'equilibrio dell'organismo; il processo, ripetendosi, consiste in cicli di eventi che iniziano con un eccitamento e terminano con uno stato di riposo *(coazione a ripetere).*

La fonte e la meta degli istinti rimangono immutate per tutta la vita, mentre l'oggetto può variare. Tale variazione è possibile perché l'energia psichica può essere spostata da un oggetto all'altro. Spesso, nella realtà, l'energia è investita più o meno permanentemente su oggetti sostitutivi, i comportamenti che ne risultano costituiscono *derivazioni dell'istinto.*

Freud classificò gli istinti in due categorie:

- *istinti di vita,* che rispondono allo- scopo della conservazione dell'individuo e della propagazione della specie (fame, sete, istinto sessuale);
- *istinti di distruzione* o *di morte,* che agiscono in modo meno consapevole di quelli di vita e potrebbero risiedere nei processi catabolici (principio di costanza: tutti i processi vitali tendono a un ritorno verso la stabilità del mondo inorganico). Un importante derivato degli istinti di distruzione sono le tendenze aggressive.

Gli istinti di vita e di morte possono fondersi insieme e collaborare, neutralizzarsi o sostituirsi gli uni agli altri.

La *dinamica di personalità* descrive il modo in cui l'energia viene distribuita e usata dalle tre istanze: Es, Io e Superio.

L'Es possiede tutta l'energia e l'utilizza per le azioni riflesse e per l'appagamento del desiderio mediante il processo primario, attività al servizio del principio di piacere. L'energia dell'Es è in una condizione di grande mobilità e può essere facilmente spostata con una scarsa discriminazione tra gli oggetti.

L'Io non ha inizialmente una fonte di energia propria e deve richiederla al- l'Es. Lo spostamento di energia dall'Es all'io si compie mediante *l'identificazione* (combinazione della rappresentazione mentale con la realtà fisica dell'oggetto, attraverso il processo secondario).

L'Io usa l'energia per il soddisfacimento degli istinti, per sviluppare i vari processi psicologici (percepire, ricordare, giudicare, distinguere, astrarre, generalizzare e ragionare) e rendere più efficiente l'esame di realtà, sostenere le controcariche, consentire gli spostamenti e mantenere coesi i processi stessi dell'io e l'integrità del sistema.

Il meccanismo dell'identificazione fornisce l'energia anche al sistema del Superio. Il bambino impara a regolare il proprio comportamento in relazione alle sanzioni e ricompense impostegli dai genitori introiettando le loro norme morali.

Il meccanismo dello *spostamento,* ossia la capacità di inviare cariche energetiche su oggetti sostitutivi, è determinante nello sviluppo della personalità. Se l'energia psichica non potesse

spostarsi, la persona sarebbe costretta dai suoi istinti ad agire secondo modelli fissi di comportamento. Un oggetto sostitutivo raramente riduce la tensione quanto l'oggetto originale. In conseguenza di numerosi spostamenti viene a costituirsi una riserva di tensione che agirà come forza motivante permanente del comportamento. La persona è indotta dalle inevitabili frustrazioni che si realizzano a contatto con la realtà delle cose e nei rapporti umani, a cercare nuove vie per ridurre la tensione e ciò spiega anche la varietà e la diversità del comportamento umano.

In definitiva, la personalità si sviluppa in risposta a fonti di pressione costituite dai processi fisiologici di crescita, alle frustrazioni e ai conflitti. La persona, a causa degli aumenti di tensione provenienti da queste fonti, deve apprendere nuovi metodi per ridurla: in questo apprendimento consiste lo sviluppo della personalità. La caratteristica dell'energia di spostarsi da un oggetto all'altro costituisce una caratteristica fondamentale che consente all'individuo di ottenere sufficienti soddisfazioni anche mediante oggetti simili a quelli desiderati e spiega la notevole versatilità del comportamento umano. E probabile che quasi tutti gli interessi, i gusti, le abitudini e gli atteggiamenti della persona adulta non siano altro che spostamenti e sublimazioni degli oggetti scelti originariamente dall'istinto. In questi processi l'educazione svolge un ruolo fondamentale nel corso dello sviluppo.

2. Teoria della personalità e rapporti interpersonali

Harry Stack Sullivan, legato all'inizio a schemi freudiani, sviluppa in seguito una teoria che se ne distacca notevolmente, sotto gli influssi della antropologia e della sociologia, attribuendo maggiore rilievo al ruolo sociale dell'individuo.

fa personalità secondo Sullivan è un'entità ipotetica che non può essere osservata o studiata indipendentemente dal sistema attuale dei rapporti umani.

La personalità è concepita come una rete interiorizzata di relazioni interpersonali e il suo funzionamento consiste in sequenze ed articolazioni di eventi in- Ici personali, piuttosto che intrapsichici. Egli considera la personalità come un contro dinamico di diversi processi, tra i quali distingue i *dinamismi,* le *personificazioni* e i *processi cognitivi.*

I *dinamismi* rappresentano modi abituali di vivere e di intrattenere le relazioni con gli altri; tendono a mantenere un clima di sicurezza interpersonale ed una buona autostima, evitando l'angoscia e favorendo la soddisfazione dei bisogni dell'individuo. Un dinamismo è costituito da una qualsiasi reazione abituale verso una o più persone, espressa da un sentimento, un atteggiamento o da un'azione esplicita. Ad esempio un individuo che si comporta solitamente in modo ostile con gli altri esprime un dinamismo abituale di malevolenza, un bambino che teme molto gli estranei, un dinamismo di paura etc.

Nell'ambito dei dinamismi assume un ruolo importante il *Sistema dell'Io,* che si sviluppa in relazione ai primi rapporti del bambino con la madre, con la quale egli vive spesso in armonia e in una condizione di assoluto benessere (euforia) ma dalla quale egli assorbe empaticamente anche la sensazione naturale dell' angoscia, sempre presente in tutte le persone.

Il Sistema dell'io determina modalità di essere con l'altro che tendono a ridurre questa angoscia e mantenere lo stato di benessere mediante operazioni difensive, precauzioni e stili di adattamento.

Man mano che il bambino cresce, queste operazioni diventano sempre più complesse e si sviluppano modi di essere in grado di anticipare ciò che provoca angoscia. Nasce così un sistema interno di autoregolazione, di punizioni e premi che anticipano quelli che potrebbero giungere dagli altri. Questi rinforzi che l'individuo stesso si procura da solo consistono nelle sensazioni di piacevolezza o di dispiacere connesse con le variazioni dell'autostima. L'autostima è un sentimento di valore molto piacevole che migliora la qualità del nostro rapporto con l'altro, cresce quando si fa qualcosa di positivo e aumenta la sicurezza nei rapporti interpersonali. Così il Sistema dell'io comincia a funzionare per garantire l'autostima, non più per allontanarsi semplicemente dall'angoscia o per mantenere la sensazione di benessere nel rapporto diretto con la madre. Affinché l'autostima non diminuisca, il Sistema dell'io tenderà ad influire sul comportamento dell'individuo, riducendo o alterando la percezione degli

insuccessi, dei comportamenti negativi e dei segnali di riprovazione e disistima degli altri nei propri confronti; ciò anche a costo di distorcere il reale significato degli eventi. L'individuo sarà così orientato a mantenere il rapporto con quelle persone che mostreranno di stimarlo e tenderà ad evitare quei rapporti nell'ambito dei quali invece prevede di non esserlo. Percependo segnali che compromettono l'autostima l'individuo avverte inquietudine e nervosismo.

Le *personificazioni* sono le immagini e le rappresentazioni mentali, elaborate soggettivamente, che l'individuo ha di se stesso, degli altri e di tutti gli oggetti che costituiscono il mondo esterno. Ogni personificazione ha origine dalle esperienze connesse con la soddisfazione dei bisogni e con l'angoscia.

Le immagini che conserviamo nella nostra mente raramente rispondono in modo esatto alle persone o agli oggetti alle quali si riferiscono perché derivano da tentativi di ridurre l'ansia e mantenere lo stato di benessere. Ad esempio, la personificazione del sé buono deriva da esperienze interpersonali di appagamento, quella del sé cattivo da situazioni di angoscia; tali personificazioni possono ostacolare un'obiettiva autovalutazione.

Le personificazioni sono costituite da immagini semplici o complesse che fanno riferimento a oggetti concreti ma anche astratti, come ideali, valori o illusioni (es. la raffigurazione semplice e concreta della propria madre o l'idea complessa e astratta di madre onnipotente, dolce e superprotettiva). Così anche l'altra persona ha una rappresentazione approssimata di noi, una personificazione verso cui si sviluppano idee, sentimenti e comportamenti abituali. Da parte nostra ogni relazione con l'altro è condizionata (a volte distorta) e caratterizzata dal nostro modo abituale di essere con lui. Le personificazioni i (indivise da un certo numero di persone sono dette stereotipi.

La terza categoria teorizzata da Sullivan è rappresentata dai *processi cognitivi*, distinti in tre diversi modi di classificare l'esperienza: processi prototassici i, processi paratassici e processi sintassici.

I processi prototassici sono modalità sensoriali di registrazione degli eventi.

Si tratta di sensazioni, immagini e sentimenti allo stato primitivo.

I processi paratassici sono un modo per comprendere la realtà attraverso nessi di causalità secondo il principio di associazione tra eventi simultanei ma non sempre legati da nessi logici.

I processi sintattici sono il tipo di pensiero più evoluto, un modo di comprendere la realtà tramite spiegazioni consensualmente validate. ı dinamismi possono, quindi, definirsi come atteggiamenti verso l'oggetto, le personificazioni come rappresentazioni dell'oggetto, i processi cognitivi come modalità attraverso le quali si costruiscono le spiegazioni della realtà, più o meno t volute e più o meno validate.

Sullivan concepisce la *personalità* come un sistema di energia che ha il compito principale di ridurre la tensione che proviene da due fonti principali: i bisogni dell'organismo e l'angoscia, quest'ultima causata da esperienze di insicurezza nei rapporti interpersonali e da minacce all'autostima.

L'individuo vive cioè in funzione di due ordini di motivazioni: i bisogni biologici e quelli di sicurezza interpersonale e di autostima.

Onesti due ordini di bisogni per Sullivan sono spesso in conflitto.

La personalità si sviluppa in funzione dei complessi dinamismi che l'individuo agisce per soddisfare i bisogni del proprio organismo, mantenendo ilio stesso tempo la sicurezza nei rapporti interpersonali ed una elevata autostima.

Sullivan ha elaborato una visione psicologico-sociale dello *sviluppo della personalità*. Ha distinto sei fasi di sviluppo, prima dell'età adulta:

- infanzia;
- fanciullezza;
- età scolare;
- preadolescenza;
- prima adolescenza;
- tarda adolescenza

Il colloquio secondo Sullivan

Secondo Sullivan il colloquio consiste in un processo interpersonale, nell'ambito di un modello predefinito di svolgimento, connesso al ruolo di osservatore partecipe dell'esperto che varia in funzione dei contenuti e dell'andamento della relazione. È un incontro più o meno volontario, in cui la comunicazione avviene in primo luogo a voce tra due persone, di cui una svolge il ruolo di esperto, con lo scopo di chiarire il modo caratteristico di vivere della persona in esame. Sullivan suddivide il colloquio in quattro fasi: l'inizio formale, il riconoscimento, l'inchiesta dettagliata e la conclusione.

Nella fase iniziale l'intervistatore accoglie il paziente ed evita di porre troppe domande mantenendo un atteggiamento di osservazione tranquilla in cui si ascoltano le sue parole e si osserva il suo modo di esprimersi. In questa fase si cerca anche di capire le ragioni che hanno spinto il paziente a rivolgersi all'intervistatore. La fase di riconoscimento ha lo scopo di ottenere una prima immagine complessiva della figura sociale del paziente attraverso informazioni che riguardano i dati personali di base e le caratteristiche della famiglia. Al termine delle prime due fasi l'operatore formula alcune ipotesi approssimative sui problemi del paziente e sulle loro cause, da confermare e approfondire durante la terza fase, dell'inchiesta dettagliata, costituita dalla raccolta sistematica della storia del paziente.

Fra le due persone vi è sempre una relazione di interscambio, definita da Sullivan nel cosiddetto *teorema dell'emozione reciproca,* che prevede si realizzino tra le due le seguenti condizioni, con le rispettive alternative: i bisogni complementari dell'operatore e del paziente vengono risolti o aggravati; gli schemi reciproci di attività si sviluppano o si disintegrano; si facilita la previsione di una soddisfazione o di un rifiuto dei bisogni simili.

Una situazione integrata da un qualsiasi dinamismo può avere tre tipi di sviluppo: risoluzione della situazione; continua tensione con processi nascosti; frustrazione o con aumento di tensione e con processi supplementari, che tendono, in alcuni casi, a raggirare l'ostacolo ritardando la risoluzione della situazione, in altri, sfociano nella separazione e nella disintegrazione della relazione.

Con il colloquio l'operatore aiuta il paziente a superare gli atteggiamenti disfunzionali abitudinari che egli tende, più o meno volontariamente, a mantenere in modo da condurlo progressivamente ad un nuovo e migliore equilibrio con sé e con gli altri. In questo processo il paziente sviluppa inevitabilmente un minimo livello di ansia che l'operatore utilizza come riferimento per modulare i suoi interventi.

3. Teoria della personalità e relazione d'aiuto

La teoria di Rogers appartiene alle teorie cosiddette organismiche che Maslow riconduce nel grande raggruppamento della psicologia umanistica. Si tratta di una psicologia ottimistica e fiduciosa; le potenzialità dell'organismo sono istanze sociali e positive non realizzate a causa di equivoci od errori educativi dei genitori, della scuola e di altre fonti di pressione sociale. L'educazione è responsabile dell'incongruenza tra i bisogni dell'individuo ed il concetto di sé che diventa, così, una sorta di *falso sé.* I problemi psicologici nascerebbero dalla distorsione della interiorità che emerge dall'individuo. Nessun contenuto mentale è inconscio; ciò di cui non siamo consapevoli è ricondotto al concetto di preconscio: in presenza di determinate condizioni favorevoli e focalizzando diversamente l'attenzione, i contenuti nascosti sono, infatti, sempre riconducibili alla coscienza.

La personalità è intesa come un tutto e non come la semplice somma delle parti che lo compongono; per comprendere i singoli aspetti della personalità è necessario comprenderne la funzionalità globale.

Due sono i concetti di fondamentale importanza della teoria di Rogers: *l'organismo* e il *Sé.*

L'organismo è l'individuo totale, inteso come unità psicosomatica. L'insieme dell'esperienza costituisce il campo fenomenico, costituito sia da esperienze consce (simbolizzate), sia da esperienze preconsce (non simbolizzate).

Una parte del campo fenomenico si differenzia come Sé, che consiste nell'immagine del proprio corpo e nell'idea di quello che si è come persona. Mentre in psicologia il termine Io generalmente indica il soggetto che agisce, ed è concepito come un insieme di contenuti e processi mentali che determinano il comportamento, il termine Sé fa riferimento all'autoconcetto, ;il me stesso come oggetto di osservazione e riflessione.

L'organismo è il tutto che tende a mantenere l'armonia al suo interno. I concetti strumentali di organismo e Sé, nella teoria di Rogers sono strettamente legati alla congruenza. Se le esperienze simbolizzate che costituiscono il Sé i specchiano fedelmente le esperienze e i bisogni dell'organismo e quindi esiste congruenza tra il Sé com'è percepito e la realtà dell'organismo, l'individuo i istilla equilibrato e più adattabile e in relazione propositiva con l'ambiente; al contrario, se non sussiste tale congruenza, l'individuo è angosciato e si sente minacciato dal concetto che gli altri hanno di lui.

Non deve pertanto sussistere incoerenza tra l'esperienza e i bisogni del- l'organismo e i contenuti del Sé, cioè il concetto che la persona ha di se stesso e delle proprie necessità.

Secondo Rogers la personalità è sospinta nell'esistenza da un'unica grande motivazione: la *tendenza all'autorealizzazione* o autoattualizzazione che determina lo sviluppo di interessi e comportamenti socialmente positivi e non lesivi della libertà e delle realtà altrui. E questa l'idea base della concezione rogersiana sullo sviluppo della personalità. Rogers afferma che *ogni organismo è animato da una tendenza intrinseca a sviluppare tutte le sue potenzialità ed a svilupparle in modo da favorire la sua conservazione ed il suo arricchimento* (1951). La *tendenza attualizzante* è selettiva, direzionale e costruttiva: ciò significa che l'organismo non tende a sviluppare capacità negative se non in condizioni personali o ambientali abnormi e sfavorevoli. La tendenza attualizzante può incontrare ostacoli che possono rallentare lo sviluppo o a deviarne la direzione. Perché la tendenza possa trovare la sua esplicazione si richiedono particolari condizioni nella persona e nell'ambiente. La persona possiede la capacità di comprendersi e di risolvere i suoi problemi in modo sufficiente per un adeguato funzionamento. L'esercizio di questa capacità richiede, però, anche un contesto di relazioni umane positive favorevoli e un clima di relativa accettazione e comprensione.

Egli pone anche l'accento su due esigenze collaterali della persona: la necessità di essere considerati positivamente, che si sviluppa durante l'infanzia come conseguenza dell'amore e dell'attenzione ricevuti, e la necessità di autoconsiderazione, nata in seguito alla considerazione positiva che si riceve dagli altri. Tali esigenze spesso entrano in conflitto con la tendenza all'attualizzazione.

L'organismo integra nel Sé non solo i propri bisogni, ma, in funzione del bisogno di considerazione positiva degli altri, assumerebbe come propri anche i bisogni e i valori altrui, in particolare durante l'età evolutiva nel rapporto con i genitori e gli educatori. Per mantenere questa considerazione positiva, l'organismo fa spesso propri dei valori che non gli appartengono (essere come in realtà non si è e non si sarà mai) con il rischio di creare, quindi, un falso Sé in opposizione al vero Sé. I valori propri, negati al posto di quelli altrui, non cessano di esistere, ma provocano tensione creando una realtà nascosta che preme continuamente nell'organismo per emergere. La persona risulterà nevrotica e i comportamenti incerti, contraddittori e fastidiosi.

Affinché il falso sé, costituito da valori estranei assunti dagli altri e rigidamente mantenuti come propri, non venga messo in crisi, l'organismo deve ignorare o creare rappresentazioni distorte delle esperienze di vita che potrebbero contraddire quei valori. L'individuo tenderà, quindi, ad alterare l'interpretazione della realtà. Non si verifica, a questo punto, solo una frattura tra il Sé e l'organismo, ma anche tra il Sé e gli altri.

Come si può allora sanare tale frattura?

Il Sé cambia attraverso gli stessi principi in base ai quali si forma: in un clima di accettazione positiva incondizionata, il bisogno di considerazione positiva degli altri viene garantito pur riconoscendo e accettando valori un tempo ritenuti inaccettabili. Secondo Rogers se l'individuo diventa consapevole delle sue vere esigenze interiori sceglie automaticamente per il meglio (mediante l'accettazione di valori già presenti nell'organismo ma fino ad allora negati) e diventa più comprensivo ed aperto anche verso gli altri.

4. I meccanismi di difesa

Il concetto di difesa è andato incontro a numerose modifiche nel corso del tempo pur rimanendo sin dalla sua prima formulazione una base fondamentale della psicologia dinamica. Da tempo, inoltre, diversi orientamenti ne hanno proposto una lettura integrata. È ormai ampiamente riconosciuto e considerato il ruolo che essi giocano nello sviluppo dello stile individuale di personalità e nel l'attuazione delle dinamiche interpersonali.

Il concetto di difesa fu utilizzato per la prima volta da S. Freud il quale nel 1894 parlò dell'esistenza di operazioni inconsce indicate generalmente col termine di rimozione.

Successivamente fu A. Freud ne L'Io e i meccanismi di difesa (1936) a classificarli ed a specificarne le caratteristiche.

Classicamente la psicologia dinamica concepisce i meccanismi difensivi come processi psicologici con scopo difensivo che operano automaticamente ed inconsciamente nel tentativo di risolvere un conflitto; attraverso la loro azione si cerca di ottenere un sollievo dalla tensione emotiva, dall'ansia e dal conflitto.

Il loro compito è di assicurare l'adattamento e la difesa dell'individuo in modo da tendere alla risoluzione sia dei conflitti intrapsichici, cioè conflitti fra parti di se stesso, sia di quelli extrapsichici, ossia conflitti tra parti di se stesso e l'ambiente.

La funzione adattativa dei meccanismi di difesa è ben espressa da Anna Freud (1965): tutti i meccanismi di difesa sono al tempo stesso al servizio della limitazione interna delle pulsioni e dell'adattamento esterno.

I meccanismi difensivi sono considerati i fondamentali strumenti di adattamento dell'individuo all'ambiente, alle richieste e alle costrizioni della realtà

esterna. Tale definizione viene inevitabilmente a comprendere anche le strutture atte a gestire un evento stressante definito come una situazione in cui si riscontra una marcata discrepanza tra le domande poste a un organismo e le capacità dell'organismo di rispondere.

Il più recente cognitivismo tende a definirli *processi di regolazione involontaria,* non necessariamente inconsci, e a collegare il concetto di difesa a quello di coping inteso come lo sviluppo di manovre strategiche e comportamenti efficaci per affrontare situazioni difficili ed insolite. Nello stabilire confini precisi tra difese e coping, molti autori suggeriscono di utilizzare il termine generale di processo adattivo in riferimento a qualsiasi strategia di risposta alle avversità, interne o esterne, considerando coping e difese come due tipi diversi di meccanismi adattivi diversificabili, comunque, per il diverso grado di consapevolezza ed intenzionalità.

S. Freud sostiene che i meccanismi di difesa servono allo scopo di tenere lontani i pericoli ...ma questi stessi meccanismi possono trasformarsi in pericoli (S. Freud, 1937).

I meccanismi di difesa operano in vari modi sia nell'attività psichica normale che in quella patologica. Basti pensare alle diverse modalità in cui può presentarsi lo stesso meccanismo di difesa. Essi vengono utilizzati a vari livelli in base all'efficacia dimostrata nel soddisfare i nostri bisogni. Secondo A. Freud la loro azione può essere considerata normale o patologica in base a dei criteri di funzionalità:

- *adeguatezza rispetto all'età* (prematurità, fissazione o regressione);
- *intensità, ossia la proporzione quantitativa di impiego di una difesa sapendo che ogni eccesso di restrizione pulsionale conduce inevitabilmente a risultati nevrotici (A. Freud, 1936);*
- *equilibrio tra le difese impiegate,* ossia utilizzate in maniera ottimale e in differenti situazioni;
- *reversibilità,* ossia capacità di disattivare quei meccanismi di difesa non più funzionali.

Generalmente i meccanismi difensivi non operano isolati, più spesso agiscono in associazione. Le varie funzioni sono spesso collegate e possono sovrapporsi, come nel caso di inversione e formazione reattiva.

Alcuni meccanismi possono essere considerati più primitivi rispetto ad altri considerati più evoluti in base alla maturità individuale della loro azione, al livello di inconsapevolezza e al grado di automaticità. Esempi di dinamismi più evoluti sono la razionalizzazione, la compensazione, la sublimazione. Esempi di meccanismi più primitivi, automatici e

profondamente inconsci sono la negazione, la dissociazione, l'incorporazione. Sebbene non ci sia un accordo comune tra vari autori su quali difese specifiche ascrivere ad un ambito nevrotico queste comunque riflettono tutte una modalità accettabile di processare la realtà. Questi meccanismi relativamente semplici ed automatici operano con lo scopo di proteggere l'io dalle richieste istintuali dell'Es. Rientrano in quest'ottica quei meccanismi definiti precedentemente più evoluti tra i quali rimozione, intellettualizzazione, formazione reattiva, spostamento non precedentemente citati.

Dinamismi paradigmatici riferibili all'area psicotica sono, invece, i meccanismi di scissione, negazione, proiezione e identificazione proiettiva.

Nel lavoro di Kernberg (1984) sono centrali, nel caso delle psicosi, le operazioni difensive della scissione in quanto proteggono il paziente da un'ulteriore disintegrazione dei confini fra Sé e l'oggetto.

li utile ricordare come uno stato nevrotico o psicotico sia la soluzione adattativa migliore che l'individuo, anche attraverso il proprio apparato difensivi), è in grado di sviluppare in determinate circostanze e con le risorse di cui dispone.

In questo senso la frammentazione dell'io tipica degli stati psicotici è interpretabile come risultato finale del fallimento dei meccanismi difensivi e, in quanto estrema misura difensiva, si presenta come *il più disperato dì tutti i tentativi dell'io di tenere a bada l'angoscia* (H. Segai, 1964).

Il D.S.M.-IV-TR (2002) per introdurre la Scala del Funzionamento Difensivo che suddivide i singoli meccanismi in gruppi di sette Livelli Difensivi, li definisce come processi psicologici automatici che proteggono l'individuo di fronte all'ansia e alla consapevolezza di pericoli o fattori stressanti interni o esterni. Le persone spesso non si accorgono del funzionamento di questi pro- cessi. I meccanismi di difesa mediano le reazioni dell'individuo nei confronti dei conflitti emozionali e dei fattori stressanti interni ed esterni.

Utilizziamo il Glossario dei meccanismi di difesa e stili difensivi specifici del D.S.M.-IV-TR per descriverne alcuni.

- *Annullamento.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni od esterni tramite parole o comportamenti che hanno lo scopo di rendere non esistenti pensieri, sentimenti, o azioni inaccettabili, o di fare per essi simbolica ammenda.

- *Dissociazione.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti ed esterni attraverso il sovvertimento delle funzioni normalmente integrate della coscienza, della memoria, della percezione di sé o dell'ambiente,, o del comportamento senso-motorio.

- *Fantasie artistiche.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni con un eccesso di sogni ad occhi aperti, che rappresentano un sostituto delle relazioni umane, di comportamenti più efficaci, e delle soluzioni per i problemi.

- *Formazione reattiva.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni sostituendo (cosa che si verifica in concomitanza con la rimozione) comportamenti, pensieri e sentimenti diametralmente opposti ai propri pensieri o sentimenti inaccettabili.

- *Idealizzazione.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali e i fattori stressanti interni ed esterni attribuendo qualità esageratamente positive agli altri.

- *Identificazione proiettiva.* Come nella proiezione, il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni attribuendo erroneamente a qualcun altro i propri sentimenti, impulsi, o pensieri inaccettabili. A differenza dalla semplice proiezione, il soggetto non disconosce totalmente ciò che viene proiettato. Invece il soggetto rimane consapevole dei propri affetti o impulsi, ma li attribuisce all'altra persona, come reazioni giustificabili. Non di rado, il soggetto suscita negli altri quegli stessi sentimenti che prima attribuiva loro erroneamente, rendendo difficile valutare chi sia stato a cominciare.

- *Negazione.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni rifiutandosi di riconoscere certi aspetti dolorosi della realtà esterna o della esperienza soggettiva, di per sé evidenti e facilmente rilevabili. Il termine *negazione psicotica* viene usato quando vi è menomazione grossolana del test di realtà.

- *Proiezione.* Il soggetto affronta i conflitti o i fattori stressanti interni ed esterni attribuendo erroneamente a qualcun altro i propri sentimenti, impulsi, o pensieri inaccettabili.

- *Razionalizzazione.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni nascondendo le vere motivazioni dei propri pensieri, azioni, o sentimenti tramite l'elaborazione di spiegazioni rassicuranti e utili a sé, ma fuorvianti.

- *Rimozione.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni espellendo i desideri, pensieri o esperienze disturbanti dall'area della consapevolezza cosciente. La componente affettiva può rimanere consapevole, distaccata dalle idee che vi sono associate. *Spostamento.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni trasferendo un sentimento, o una reazione, da un oggetto ad un altro oggetto sostitutivo (di solito meno minaccioso). *Sublimazione.* Il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti in terni ed esterni incanalando i sentimenti o impulsi potenzialmente maladattivi verso comportamenti socialmente apprezzati (per es., l'attività sportiva per incanalare gli impulsi aggressivi).

I meccanismi di compensazione e regressione, non specificati nel Glossario dei meccanismi di difesa e stili difensivi specifici del D.S.M.-IV-TR, possono essere definiti nel modo seguente:

- *Compensazione.* Meccanismo di difesa con il quale l'individuo tende a supplire (cioè a compensare) deficienze reali o immaginarie.
- *Regressione.* Descrive il processo psichico del ritorno ad un tipo di adattamento precedente e più soddisfacente; si regredisce verso una fase di sviluppo superata, ma considerata inconsciamente come una posizione protetta.

1.Teoria e Metodi della comunicazione interpersonale

La teoria della comunicazione è lo studio rigoroso dei fenomeni di trasmissione di segnali tra un sistema ed un altro di uguale natura.

Comunicare dal latino *communis, che appartiene a tutti,* significa propriamente condividere, mettere qualcosa in comune con gli altri. L'atto di comunicazione ha dunque lo scopo di trasmettere a qualcuno informazioni e messaggi.

I modi di comunicare sono vari e numerosi, come vari e numerosi sono le informazioni che si possono trasmettere. Al di là di questa variabilità è possibile individuare le caratteristiche fondamentali che sono comuni ad ogni atto comunicativo.

Roman Jacobson, nel 1966, ha individuato gli elementi costitutivi di un processo linguistico. Ogni comunicazione necessita infatti di sei elementi universali: il mittente, il destinatario, il messaggio, il contesto, il contatto e il codice.

Il *mittente* (o locutore o parlante), rappresenta colui che invia un *messaggio* (contenuto di ciò che si comunica), ad un *destinatario (* o interlocutore), il quale si riferisce ad un *contesto,* inteso come l'insieme della situazione generale e delle particolari circostanze in cui ogni evento comunicativo è inserito nel messaggio. Per poter compiere tale operazione sono necessari un *codice,* ovvero un insieme di regole comuni sia al mittente che al destinatario, e un i co*ntatto* che è al tempo stesso un canale fisico e una connessione psicologica attraverso cui il messaggio possa passare dal mittente al destinatario.

Secondo Jacobson, ai sei fattori della comunicazione, corrispondono sei funzioni:

- funzione referenziale *(contesto);*
- funzione emotiva (*mittente*);
- funzione conativa (*destinatario);*
- funzione fatica (*contatto*);
- funzione poetica (*messaggio*);
- funzione metalinguistica *(codice).*

La funzione referenziale è relativa al rapporto tra il messaggio e il mondo, ed evidenzia il concetto che un messaggio parla di qualcosa. La funzione emotiva (o espressiva) esprime l'atteggiamento dell'emittente riguardo il messaggio ed emerge dunque quando si manifesta il proprio stato d'animo utilizzando una particolare elevazione o modulazione del tono della voce, espressioni forti o alterazione del normale ordine delle parole.

La funzione conativa (dal latino conari = intraprendere, tentare) esprime invece in un messaggio la tendenza ad avere degli effetti extralinguistici sull'emittente, effetti cioè che non si limitano alla pura comprensione linguistica. Sono messaggi conativi gli ordini, i consigli, le preghiere e le suppliche.

La funzione poetica è relativa all'organizzazione interna del messaggio, e riguarda il modo in cui esso è realizzato e strutturato; emerge quando si pone al centro dell'attenzione l'aspetto fonico delle parole, la scelta dei vocaboli e delle costruzioni.

La funzione fatica (dal latino fari = pronunciare, parlare) esprime in un messaggio l'impegno a garantire il contatto (un classico esempio di messaggio con funzione fatica è la formula «*Pronto*?» che si dice rispondendo al telefono).

La funzione metalinguistica, infine, riguarda la presenza all'interno del messaggio di elementi orientati a definire il codice stesso, ed è prevalente in tutti quei casi in cui si chiedono e si forniscono chiarimenti sui termini, sulle parole e sulla grammatica di una lingua.

Occorre tenere presente che queste funzioni non sono mai presenti in modo singolare, ovvero, non esiste un messaggio che sia esclusivamente poetico, o esclusivamente referenziale. D'altro canto in ciascun messaggio esiste sempre una funzione prevalente rispetto alle altre, che ne determina il carattere funzionale complessivo.

Sulla base di queste caratteristiche le funzioni del linguaggio sono state oggetto di numerose ricerche. Sono stati formulati diversi modelli di riferimento: il focus si è man mano spostato dall'interesse verso l'effetto della comunicazione sul comportamento del ricevente a quello che la reazione del ricevente produce sull'emittente. L'analisi del linguaggio ha introdotto modelli della comunicazione complessi, interattivi e dialogici e si è focalizzata sul rapporto emittente-ricevente in quanto mediato dalla comunicazione.

In questo ambito di riferimento Watzlawich, Beavin e Jackson (1971) hanno postulato l'esistenza di cinque proprietà fondamentali della comunicazione, denominate *assiomi della comunicazione*.

Il primo di questi assiomi stabilisce che *non si può non comunicare*: qualsiasi comportamento, le parole o i silenzi, l'attività o l'inattività hanno valore di messaggio, influenzando gli altri interlocutori che non possono non rispondere a queste comunicazioni. Se si accetta dunque che l'intero comportamento m una situazione di interazione ha valore di messaggio, ne consegue che non si può non comunicare.

Con il secondo assioma si afferma che *ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione, di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione*. Questo assioma stabilisce quindi che nella comunicazione umana possono essere distinti due livelli: il *livello di contenuto* tra- .inette un'informazione, il *livello di relazione* comunica come deve essere ricevuta tale informazione in base alla relazione esistente tra gli interlocutori e, come tale relazione, viene ad essere eventualmente modificata. All'interno di una comunicazione non è presente infatti solo uno scambio di contenuti, ma viene determinato anche il tipo di relazione che sussiste tra le persone.

Sulla base di queste considerazioni è stato introdotto il concetto di punteggiatura. Il terzo assioma della comunicazione stabilisce infatti che *la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti*. I nostri scambi comunicativi non costituiscono una sequenza ininterrotta, ma sono organizzati proprio come se seguissero una sorta di punteggiatura. La punteggiatura presenta un forte grado di soggettività, tale che due persone possono trovarsi in disaccordo riguardo l'attribuzione della punteggiatura a una determinata sequenza di eventi. Ogni parte cercherà di lime una spiegazione e un ordine a quanto è accaduto, organizzando le sequenze degli scambi comunicativi, stabilendo dove inizia e dove finisce la comunicazione e, così, attribuendo ad alcuni eventi il ruolo di cause e ad altri quello di effetti.

Il quarto assioma della comunicazione prende in esame le tipologie dei co-dici comunicativi e specifica che *gli esseri umani comunicano sia con il modello numerico che con quello analogico.* Il linguaggio numerico possiede una sintassi logica complessa ed efficace, ma manca di una semantica adeguata nel settore della relazione, mentre il linguaggio analogico possiede tale semantica ma non dispone di una sintassi adeguata per definire la natura delle relazioni in modo non ambiguo.

Il quinto assioma della comunicazione, infine, sostiene che *ogni scambio comunicativo può essere ritenuto simmetrico o complementare.* I due modelli di interazione, quello simmetrico e quello complementare, possono essere descritti come relazioni basate o sulla uguaglianza o sulla differenza. Si parla di interazione simmetrica quando i modelli di comportamento di un individuo tendono a rispecchiare il comportamento di un altro; nell'interazione complementare, invece, il comportamento del partner completa quello dell'altro e costituisce un tipo diverso di modello. L'interazione simmetrica è caratterizzata quindi dall'uguaglianza e dalla minimizzazione delle differenze, mentre l'interazione complementare è caratterizzata da un'accentuazione delle differenze tra i comunicanti.

In conclusione Watzlawick precisa che l'elemento che unifica gli assiomi non è la loro origine ma l'importanza *pragmatica,* che a sua volta si fonda non tanto su certe peculiarità quanto sulla possibilità di riferimenti interpersonali.

Ogni volta che entriamo in relazione con noi stessi, con gli altri e con il mondo che ci circonda, lo facciamo, infatti, tramite un atto comunicativo che, nella sua interezza, altro non è che un comportamento.

1. Le abilità interpersonali

Il concetto di abilità interpersonali rimanda a una condotta adattativa in relazione con altre persone, ovvero alla capacità di relazionarsi correttamente con altri individui. Tra le competenze di base richieste nei diversi contesti di vita quotidiana, le abilità comunicative risultano pertanto una variabile che influisce fortemente sulla capacità di integrazione sociale di una persona.

Una comunicazione di qualità dovrà rispondere ad alcune specifiche caratteristiche, secondo le quali gli interlocutori dovranno avere sufficienti capacità di ascolto e abilità espressive.

L'*ascolto* può essere genericamente definito come un insieme di atti percettivi attraverso i quali entriamo in contatto con una fonte comunicativa. Rappresenta dunque una componente attiva e fondamentale del processo comunicativo che, oltre a favorire l'espressione dell'interlocutore, contribuisce a creare un'atmosfera di disponibilità e recettività nei confronti delle nostre stesse comunicazioni.

Le competenze fondamentali di un buon ascoltatore sono:

- raccogliere informazioni;
- chiarire e decodificare i messaggi;
- ricapitolare le comunicazioni.

Le operazioni da mettere in atto sono le seguenti:

- parafrasare;
- richiedere delucidazioni;
- esplorare le conclusioni;
- strutturare la comunicazione;
- mettere in relazione le diverse informazioni;
- evidenziare i punti fondamentali.

Le *capacità espressive* sono, invece, caratterizzate dal coinvolgimento del ricevente nel proprio atto comunicativo. Avere una buona capacità di espressione significa, in altri termini, rendere massima la possibilità che il messaggio arrivi all'interlocutore con le nostre aspettative.

Considerando le abilità espressive è necessario tenere in considerazione i seguenti aspetti:

- stile comunicativo (chiarezza; ordine; sintesi; espressività);
- comunicazione di informazioni (dare informazioni; illustrare; specificare);
- approfondimento di contenuti (fare domande; puntualizzare).

Nella relazione d'aiuto, al di là delle competenze comunicative più generali, si riscontra tuttavia la presenza di specifiche abilità interpersonali che rendono unica la relazione medico-paziente.

Cari Rogers (1951) ha individuato una triade di atteggiamenti necessari perché i processi interpersonali si dispieghino in senso costruttivo:

- *"La prima di queste disposizioni è la genuinità o la spontaneità dell'operatore di aiuto. Tutti noi conosciamo individui - dice Rogers - di cui ci fidiamo perché sentiamo che essi sono realmente come appaiono, aperti e trasparenti; in questo caso sentiamo di avere a che fare con la persona stessa, non con una facciata cortese o professionale. Questa è la genuinità'" (Rogers, 1951).*

Nel processo di aiuto, la genuinità dell'operatore si evidenzia quindi nell'essere sempre se stesso, in collegamento con i propri sentimenti e con ciò che nel rapporto si sta svolgendo dentro di lui, senza sentire la necessità di negarlo o di distorcerlo. La genuinità implica dunque la congruenza tra livelli psicologici, tra ciò che si sente, ciò che si pensa, ciò che si fa e ciò che si è.

L'esperto deve essere disponibile a conoscere i propri sentimenti e a comunicarli, se opportuno. Essere congruente significa apertura all'esperienza, assenza di difese, lucida consapevolezza, incondizionata e realistica stima di sé, armoniche relazioni con gli altri.

- La seconda disposizione umana è ciò che Rogers chiama *accettazione incondizionata* o *considerazione positiva incondizionata.* Con questa definizione si intende l'atteggiamento di non porre delle condizioni per accettare o mantenere una positiva disposizione verso la persona cui il nostro aiuto è rivolto. L'individuo è accettato, indipendentemente da ciò che pensa, fa, o dice, solo per quello che è e per la sua motivazione di cambiare. *"Il terapeuta - dice Rogers - deve comunicare al suo cliente il profondo e sincero interesse per lui come persona con potenzialità umane, un interesse non contaminato da un giudizio su idee, sui sentimenti o sul comportamento del paziente." (Rogers, 1951) L'atteggiamento di accettazione incondizionata si riflette nelle capacità di chi aiuta a interagire senza dare giudizi morali, né di riprovazione né di approvazione.*

- Il terzo atteggiamento individuato da Rogers è la *comprensione empatica.* Mentre le prime due disposizioni costituiscono il terreno di base su cui si costruisce il rapporto con l'altra persona, quest'ultima disposizione interviene quando già il rapporto esprime i suoi contenuti e la sua dinamica particolare. La *comprensione empatica* riguarda appunto la capacità di cogliere accuratamente la situazione personale di chi si ha di fronte: da ciò che dice (dai contenuti oggettivi delle sue espressioni) e da ciò che è (dal suo rivelarsi nel non verbale). Per Rogers, empatia significa *capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo come lo vede costui* (Rogers, 1951). Sentire, ad esempio, la sua confusione, la sua rabbia, la sua timidezza come se fossero proprie, senza però confondere i propri sentimenti con i suoi.

Questa comprensione dell'altro nei suoi significati più intimi e personali come se fossero i propri (senza d'altronde dimenticare che in realtà non lo sono) non deve essere né troppo condizionata da emotività, o determinata da effettiva condivisione e affinità (in questo caso si tratterebbe di *simpatia),* né troppo intellettualizzata o frutto di interpretazioni cliniche. La comprensione accurata dell'altro dovrebbe pertanto prodursi attraverso « l'integrazione tra sentimento (coinvolgimento affettivo) e intelligenza percettiva.

Per concludere si può affermare che nella relazione di aiuto sia necessario realizzare contatto, ascolto, comprensione, accettazione, anche se non si condividono scelte e comportamenti dell'altro. È necessario essere spontanei e considerare le proprie condizioni di incongruenza, riducendo la distanza dal paziente. Mettere in gioco se stessi aiuta il paziente nel cambiamento, lo aiuta a dirigersi verso uno sviluppo positivo della personalità e ad una modificazione del comportamento.

Il colloquio è quindi un incontro a due, allo scopo di creare una situazione interpersonale in cui la persona bisognosa di aiuto trova la possibilità di diventare più libera, più capace di percepire se stessa e la realtà e di organizzare la propria vita in libertà con atto di autodeterminazione, con senso di responsabilità ed in conformità alla scala dei valori di cui il soggetto è convinto.

1.2 La comunicazione efficace

La comunicazione efficace può essere definita come un processo interpersonale, transazionale e simbolico con il quale le persone in interazione raggiungono e mantengono una comprensione reciproca.

La comunicazione è efficace quando le intenzioni comunicative del comunicatore coincidono con gli effetti sul destinatario, effetti che i partners, in interazione, registrano come conferma o disconferma del valore della dignità delle persone interagenti.

Per poter approfondire le condizioni di efficacia è necessario definire le diverse modalità comunicative: verbale, paraverbale e non verbale.

Il livello *verbale* è costituito dagli enunciati; il *paraverbale* è definito dalla qualità della voce (volume, tono, timbro, ritmo e velocità); il livello *non verbale* da aspetti statici e dinamici. Gli aspetti statici sono costituiti dalla con- I orinazione fisica, aspetto esteriore, contatto fisico, vicinanza. Quelli dinamici da postura, espressione del volto, direzione dello sguardo, gesti.

Una comunicazione ha maggiore probabilità di essere efficace quanto più manifesta una congruenza tra i diversi livelli; un'incongruenza tra piani comunicativi produce, infatti, tra gli interlocutori una comunicazione di tipo ambiguo.

Oltre al riferimento generico alla *congruenza,* un messaggio viene interpretato correttamente anche sulla base di quattro massime conversazionali, riferite al *principio di cooperazione* di Grice:

- la *quantità* delle informazioni necessarie per la comprensione del messaggio: esse devono essere esaurienti, né ridondanti né superflue;
- la *qualità* delle informazioni da dare, che devono essere vere e sostenute da prove adeguate;
- la *relazione* di queste informazioni con lo scambio comunicativo;
- il *modo* con cui il contenuto della comunicazione viene espresso, che deve essere comprensibile, ordinato e chiaro.

In sintesi, riorganizzando spunti differenti, si può ricondurre il tema della comunicazione efficace alle seguenti componenti del processo comunicativo:

- *confronto e scambio*: i criteri che fondono una comunicazione efficace fanno riferimento al confronto e allo scambio. Una comunicazione efficace richiede cioè che tra i membri del gruppo avvenga un reale incontro delle diverse informazioni possedute, associato a un'integrazione delle differenze esistenti;
- *ascolto*: il saper ascoltare gli altri è un evento dialettico tra differenziazione e uniformità. La differenziazione dipende dalla consapevolezza di pos-sedere informazioni, dati e conoscenze legate alla propria professionalità. L'uniformità è funzione del riconoscimento della situazione comune nella quale si sta operando, e del valore attribuito all'altro per lo scambio comunicativo;
- *esposizione*: esporre inteso come attività del parlante implica, come per l'ascolto, processi complessi che coinvolgono le due dimensioni di contenuto e di relazione. Nell'esporre è necessario che si sappia misurare il valore delle proprie conoscenze e informazioni, delle proprie capacità di comunicazione e del proprio stile. Questo livello di consapevolezza garantisce un approccio franco e aperto e conferisce flessibilità al processo di comunicazione;
- *feedback*: in generale è la capacità dei sistemi dinamici di tener conto dei risultati per modificare le caratteristiche del sistema stesso. Nella teoria della comunicazione rappresenta la retroazione che il ricevente invia all'emittente, mentre la comunicazione si realizza. Rappresenta dunque l'informazione di ritorno che permette all'emittente di percepire l'efficacia del proprio atto comunicativo.

In merito alle' caratteristiche funzionali di una comunicazione efficace in *equipe* si possono invece individuare altri aspetti strutturali.

Nei gruppi di lavoro la comunicazione si presenta infatti come un processo interattivo, informativo e trasformativo, che è inserito in uno specifico contesto governato da regole con particolari caratteristiche interpersonali.

Nel gruppo di lavoro, la comunicazione efficace dovrà, pertanto, rispondere a specifiche caratteristiche, quali quelle di:

- *comunicazione finalizzata:* la comunicazione nei gruppi è un'attività concreta riferita alle presa di decisioni, allo sviluppo di ipotesi per la soluzione dei problemi, alla gestione delle relazioni. Gli scambi

comunicativi sono finalizzati agli obiettivi del gruppo e all'obiettivo specifico di ciascun momento di lavoro. Occorre dunque mantenere il contenuto della comunicazione coerente con l'obiettivo da raggiungere e funzionale al compito. Un monitoraggio del processo di comunicazione puntuale e finalizzato cercherà di rispondere soprattutto alla domanda: a *che cosa serve il ragionamento, la discussione o il conflitto in atto?*

- *Comunicazione pragmatica*: la comunicazione è pragmatica quando privilegia la raccolta e l'analisi di dati e fatti, e quando vengono utilizzate tutte le differenti interpretazioni per comprendere un problema. Una comunicazione pragmatica è funzionale alla presa di decisioni rapide, condivise e concrete.

La pragmaticità orienta gli scambi quando sa rispondere a domande come: *che cosa abbiamo effettivamente deciso? Qual è il contributo e la responsabilità di ciascuno nella sua decisione? Quanto abbiamo prodotto in questa riunione?*

- *Comunicazione trasparente:* lo scambio di gruppo è trasparente qualora ciascun membro fornisca tutte le informazioni di cui dispone tale da consentire una completezza dell'informazione. Sottintende la convinzione che il gruppo si evolve se comprende appieno i problemi e i conflitti.

La trasparenza obbliga tutti i membri a monitorare costantemente e a modificare la modalità di comunicazione con gli altri attraverso un alto livello di feedback che segnala le comunicazioni inefficaci, incoerenti, e disfunzionali.

- *Comunicazione situazionale*: la comunicazione è situazionale quando è coerente con il momento e la fase di lavoro del gruppo. Il linguaggio ed il modo saranno adeguati ai membri, ed ognuno dovrà adattarsi alle esigenze e alla cultura professionale degli altri. Si presuppone inoltre che siano presenti momenti in cui il gruppo parli di sé, consideri lo stato dei rapporti interni, affronti e chiarisca i conflitti e condivida i successi ottenuti.

In sintesi, una comunicazione è produttiva quando ottiene che il gruppo, pur partendo da punti di vista diversi, arrivi a un risultato concreto, condiviso, misurabile.

Una comunicazione è invece difénsiva quando si allontana progressivamente dall'obiettivo comune e, piuttosto che ricercare una soluzione collettiva, ciascun membro mette in mostra la fondatezza e la veridicità esclusiva del suo punto di vista.

I METODI DI VALUTAZIONE IN PSICOLOGIA CLINICA

I principali campi di interesse della psicologia clinica sono la diagnosi e la terapia ed i metodi utilizzati al riguardo comprendono il colloquio, l'osservazione del comportamento ed i test.

1.Il colloquio psicologico e l'anamnesi

Il colloquio, strumento fondamentale del clinico, indipendentemente dalle metodologie operative adottate, è una modalità di indagine in cui la raccolta dei dati avviene attraverso un

processo di comunicazione verbale. Il colloquio clinico si caratterizza per la sua adattabilità a diversi scopi quali la ricerca, la diagnosi e la terapia, attraverso l'incontro interpersonale e l'interazione diadica. Il termine colloquio deriva dal latino *curri loquere: parlare insieme, parlare con.*

Nella definizione di colloquio si possono intendere situazioni e modalità di intervento molto diversificati rispetto ai diversi ambiti professionali. Molti autori, nell'ambito di questa metodica, distinguono tra intervista e colloquio. L'intervista si prefigge lo scopo di conoscere le opinioni e le esperienze dell'intervistato attraverso la proposizione di domande che vendono stabilite fin dall'inizio e disposte in un ordine prefissato. Infatti, proprio l'aspetto della strutturazione della domanda ai fini della raccolta delle informazioni caratterizza l'intervista, a differenza del colloquio, nel quale ha una rilevante importanza il modo di essere e di proporsi dell'intervistatore. La rigida strutturazione delle domande si confonde con il questionario che ha una struttura fissa nelle risposte possibili. Colloquio e intervista si pongono agli estremi di un continuum che rende comunque difficile una rigida distinzione dei due strumenti.

Il *colloquio clinico strutturato* si caratterizza per il fatto che l'intervistatore pone delle domande predisposte in anticipo e nell'impostazione esso si avvicina a un'intervista semistrutturata, in quanto il conduttore asseconda l'intervistato nelle modalità di avvicinamento e approfondimento dei contenuti rilevanti, conservando per sé un molo nell'andamento dell'interazione e dello scambio di informazioni. Viene utilizzato per ricavare lo stesso tipo di informazioni da intervistati diversi e quando è importante raccoglie re dei dati da quantificare.

Il *colloquio clinico non strutturato* offre all'intervistatore la possibilità d i verbalizzare liberamente le domande e, per la sua flessibilità, consente di seguire la spontanea sequenza di idee dell'intervistato adattandosi meglio al la specifica situazione di quest'ultimo.

I vari livelli di strutturazione possono essere modulati secondo le esigenze del colloquio. Anche lo stile di conduzione dell'intervistatore può variare nelle diverse situazioni; si avranno così differenti gradi di direttività nel colloquio diagnostico, in quello terapeutico, di ricerca o negli interventi di crisi.

Il colloquio clinico è diretto a uno scopo specifico e di solito è caratterizzato da una progressione e da una continuità tematica. Al suo interno gli obiettivi riguardano stabilire i termini e il clima della relazione interpersonale, ottenere informazioni sul paziente e i suoi problemi, fornire informazioni sulla clinica e le condizioni terapeutiche, sostenere il paziente nel suo percorso di miglioramento. Il colloquio, inoltre, si caratterizza come strumento di conoscenza che si basa sull'interazione diadica in cui la disparità di ruoli rappresenta una caratteristica strutturale. E importante che il modello di comunicazione nel colloquio non si costituisca casualmente ma sia gestito in modo costruttivo da chi lo conduce. L'intervistatore assume la responsabilità di dirigere l'interazione verso il fine prefissato mostrando di possedere le abilità necessarie per facilitare la comunicazione, la relazione e il processo di conoscenza.

Al fine di una trasmissione efficace delle informazioni, vanno tenute presenti le regole conversazionali di Grice che consentono di valutare l'efficacia di una comunicazione attraverso le seguenti modalità: la quantità (informazioni esaurienti, non ridondanti né superflue), la qualità (informazioni vere e sostenute da prove adeguate), la relazione (informazioni coerenti con lo scambio comunicativo), il modo (contenuto della comunicazione comprensibile e non ambiguo).

Nella fase di interazione tra paziente e professionista quest'ultimo deve selezionare e riorganizzare le informazioni fornite dal soggetto, dare risposte adeguate, comprendere la valenza pragmatica della propria comunicazione anche attraverso una corretta lettura dei messaggi provenienti dall'interlocutore. L'intervistatore può influenzare con il suo comportamento il contenuto o le modalità del racconto dell'intervistato; infatti l'atteggiamento del conduttore non è ininfluente neppure nelle tecniche più precise e standardizzate e la sua personalità acquista un forte rilievo nel colloquio. È utile, quindi, confrontare le informazioni ottenute mediante il colloquio clinico con quelle ricavabili da altre fonti. Infatti, come sostiene Kaneklin, il conduttore deve continuamente valutare l'opportunità o meno di intervenire per correggere o modificare il proprio comportamento.

Molti studi sull'argomento hanno individuato le possibili distorsioni alle quali più comunemente l'intervistatore va incontro nella conduzione del colloquio. Di queste le principali sono:

- *effetto alone*: aspetti riscontrati su un solo tratto di personalità vengono estesi anche ad altri;
- *errore logico*: tendenza a correlare sempre tra loro tratti diversi di personalità;
- *contagiosità del pregiudizio:* giudizio senza fondamento di realtà che può essere esteso da un argomento all'altro del colloquio;
- *effetto indulgenza*: tendenza ad essere buoni verso l'interlocutore nella formulazione del giudizio.

I diversi tipi di colloquio favoriscono relazioni all'interno delle quali il contatto interpersonale assume una diversa importanza. Mentre nel colloquio di ricerca il contatto interpersonale ha scarsa rilevanza, nel

colloquio clinico è necessario un alto grado di contatto psicologico nelle diverse fasi del percorso diagnostico o terapeutico. Nel corso del colloquio possono verificarsi situazioni che determinano un atteggiamento non autentico del conduttore dovute a condizioni particolari dell'utente. Nel colloquio, per essere efficace, la relazione che si instaura deve connotarsi come una relazione significativa. A volte accade che il paziente metta in atto comportamenti elusivi del contatto psicologico per evitare di dare informazioni di sé e del proprio vissuto rendendosi inafferrabile all'altro e offrendo di sé un'immagine parziale. Questo comportamento si manifesta durante il colloquio attraverso lo spostamento sistematico dell'attenzione dal contesto, la formulazione di domande, la manifestazione di reticenza, la problematizzazione, il cambiamento di argomento, ecc. Il conduttore, di conseguenza, pone in essere interventi che gli consentono di fare chiarezza, di mantenere il controllo e di reimpostare il rapporto secondo criteri più funzionali.

È opportuno che tra intervistatore e intervistato venga stabilito un buon rapporto e un'adeguata interazione emotiva. Un rapporto positivo è caratterizzato da fiducia, rispetto, tranquillità e sicurezza psicologica. Un rapporto negativo è caratterizzato da ostilità, sfiducia e difesa psicologica. 1,'intervistato durante il colloquio può mettere in atto *misure di sicurezza* per difendersi dalla minaccia rappresentata dall'esporsi all'altro in un contesto per lui non facilmente controllabile. E importante per il conduttore essere consapevole del possibile verificarsi di questa evenienza in grado di incidere sensibilmente sulla dinamica dell'interazione e di innescare contromisure da parte sua difficilmente controllabili. Tre di tali misure facilmente attivate dal soggetto sono l'*evasione* (riempire la comunicazione di cose banali evitando i contenuti che interessano ai fini del colloquio), la *seduzione* (conquistare l'approvazione dell'altro per indurre valutazioni favorevoli), la *ribellione* (volontà consapevole di non collaborazione attraverso il silenzio o l'attacco diretto all'intervistatore). A queste misure l'intervistatore risponde attivando spesso *contromisure collusive* che favoriscono la svalutazione della comunicazione attraverso la ricerca ad ogni costo della stima e dell'apprezzamento dell'intervistato, un atteggiamento di rigido intellettualismo per riaffermare il controllo della situazione o un'escalation simmetrica della comunicazione per ripristinare il proprio prestigio.

Un rapporto positivo permette al soggetto di rivelarsi senza difese o distorsioni perché così egli è sicuro di essere accettato, compreso e non esposto a critiche.

Un conduttore esperto deve possedere *abilità interpersonali* che fanno riferimento alla capacità di relazionarsi correttamente con altri individui. C. Rogers individua tre atteggiamenti dell'intervistatore che favoriscono il contatto psicologico durante il colloquio: accettazione, comprensione e sincerità (o congruenza).

Accettazione vuol dire considerare il valore dell'intervistato senza pregiudizi provando interesse per lui. Comprensione (o empatia) è la capacità di cogliere in modo chiaro e profondo il significato di ciò che l'intervistato cerca di comunicare. La sincerità (o congruenza) si riferisce alla sintonia tra ciò che l'intervistatore dice e quello che pensa.

La buona tecnica di colloquio richiede un ascolto attento che permetta di conoscere, capire e aiutare l'intervistato entrando in contatto col suo mondo interiore. La capacità di ascoltare e la consapevolezza di essere ascoltati costituiscono gli elementi basilari della formazione della relazione nel colloquio. La capacità di ascolto diviene un fattore indispensabile per la ricerca di un significato e di una comprensione più ampia. L'ascolto è una componente attiva e fondamentale del processo comunicativo che favorisce l'espressione dell'intervistato e che contribuisce a creare un'atmosfera di disponibilità e accettazione anche delle stesse comunicazioni del conduttore.

Nel corso del colloquio clinico vanno analizzare le aree conflittuali del soggetto, la natura dei problemi così come egli li esplicita, la loro gravità, le condizioni che li intensificano, quelle che ne diminuiscono l'intensità, la loro origine come percepita dal soggetto, gli antecedenti e le conseguenze.

Nel colloquio clinico, di solito, l'intervistato è motivato anche dal fatto che gli è offerta l'opportunità di parlare di argomenti che non avrebbe altrimenti la possibilità di affrontare in altre situazioni. Al riguardo, vari autori distinguono due tipi fondamentali di motivazioni: una *motivazione intrinseca* quando è il soggetto a richiedere il colloquio per raggiungere un certo processo di conoscenza, e una *motivazione estrinseca* in cui l'interesse per l'incontro e la conversazione riguarda maggiormente il conduttore ed è legata principalmente ad una situazione di intervista.

L'interazione durante il colloquio clinico va considerata un processo dinamico in continua trasformazione che avviene su più livelli comunicativi: verbale, paraverbale e non verbale.

Particolare interesse nel colloquio clinico rivestono la comunicazione non verbale intesa come scambio di informazioni tramite segnali diversi dalla parola (espressioni mimiche, atteggiamenti, gesti, postura, distanza interpersonale) e la comunicazione paraverbale (volume, tono, intensità, ritmo della voce), tutte valide fonti di informazioni. Questi segnali possono accentuare, integrare o contraddire il significato di quelli verbali, rivelandosi di particolare importanza durante il colloquio poiché permettono di cogliere il reale significato di emozioni, conflitti, stati affettivi che il soggetto esprime verbalmente in modo difficoltoso o ambiguo.

Lo scambio verbale che si realizza ha caratteristiche tali da differenziarsi da ciò che avviene in una libera conversazione o in un'intervista. Il conduttore dovrà prestare particolare attenzione alla scelta del linguaggio e al modo di porre domande. Il linguaggio va adattato all'età, alla personalità e al livello culturale del paziente e deve essere adeguato alle tipologie del colloquio. Le domande vanno formulate in modo comprensibile, evitando termini o frasi che possono condizionare le risposte e di cui entrambi gli interlocutori non hanno una definizione comune.

Riguardo al silenzio del paziente, l'intervistatore, tenuto presente che esso è comunque un atto comunicativo con un significato che varia da individuo a individuo, deve saper distinguere una 'pausa significativa' da un 'silenzio imbarazzante'. Al paziente andrebbe lasciata la possibilità di riflettere su quanto gli è stato detto; se, invece, il silenzio deriva da un confronto piuttosto duro, l'intervistatore deve sostenere la comunicazione evitando che questo perduri.

Nel corso di un colloquio clinico il paziente è in una situazione di dipendenza di fronte all'intervistatore che si traduce in una forma di limitazione del giudizio personale, in risposte di deferenza verso il giudizio dell'intervistatore, nella propensione a esprimere sentimenti e informazioni

personali e atteggiamenti che in altre situazioni probabilmente resterebbero inespressi.

L'ambiente dove si svolge il colloquio è importante nel determinare l'atteggiamento del paziente. Il livello socioculturale di quest'ultimo, inoltre, può influenzare notevolmente il rapporto con l'intervistatore, che dovrebbe evitare atteggiamenti narcisistici o chiedere al paziente se il colloquio è stato utile e/o gratificante.

In ambito clinico distinguiamo due tipi principali di colloquio: diagnostico e terapeutico.

Il *colloquio diagnostico* è focalizzato principalmente sulla descrizione delle caratteristiche dei sintomi del paziente ed è finalizzato alla formulazione di una diagnosi. E, generalmente, un colloquio di tipo strutturato e, a volte, integrato dalla somministrazione di test psicologici. Può comprendere una raccolta di dati anamnestici della biografia personale e della situazione familiare ed in ambito psichiatrico comprende anche un esame della condizione mentale. In questo tipo di colloquio si ricorre con frequenza alle *domande chiuse* che producono risposte chiare e attendibili su uno specifico argomento.

La fase iniziale del colloquio ha comunque l'obiettivo di instaurare una relazione con il paziente e a questo scopo si possono utilizzare diverse strategie: *mettere il paziente e se stessi a proprio agio, identificare il problema ed esprimere comprensione, diventare un alleato, mostrare competenza, creare un equilibrio di ruoli all'interno della relazione*. In questa fase si fa prevalentemente uso di *domande aperte* che favoriscono risposte spontanee, genuine e personali.

In un secondo momento si metteranno in atto *tecniche specifiche di rilevazione dei dati* per ottenere le informazioni necessarie (tecniche di apertura, di chiarificazione e di conduzione).

Il *colloquio terapeutico* è una forma di colloquio aperto, non strutturato, finalizzato alla riduzione dei sintomi o alla modificazione della struttura della personalità, basato sulla comunicazione tra terapeuta e paziente e sulla relazione che viene a stabilirsi tra loro. Sullivan lo definisce una situazione in cui una comunicazione avviene in primo luogo a voce, tra due persone che si incontrano, più o meno volontariamente, sulla base di un rapporto esperto-cliente con lo scopo di chiarire le modalità caratteristiche di vivere del paziente; modo di vivere che egli trova particolarmente fastidioso e dalla cui chiarificazione si attende un beneficio. E possibile che la relazione terapeuta paziente sia uno dei pochi esempi di comunicazione aperta e sicura che quest'ultimo abbia sperimentato, all'interno della quale il terapeuta rinforza lo

stesso paziente nel suo processo di crescita personale. La comprensione dei problemi e lo sforzo di risolverli costituiscono, in conclusione, le fasi complementari di un medesimo processo che richiedono una sincera collaborazione tra terapeuta e paziente.

1.1. I rilievi anamnestici

L’anamnesi medica comprende la raccolta dei dati anagrafici, l’anamnesi familiare, l’anamnesi personale (fisiologica, patologica remota, patologica prossima):

1. GENERALITÀ
   Nome, età, sesso, stato civile, luogo di nascita e di residenza. Questa parte viene redatta soltanto la prima volta che la persona viene all'osservazione del medico, diventando poi parte della cartella clinica.
2. ANAMNESI FAMILIARE
   Essa prevede due ambiti di rilevazione che riguardano gli ascendenti (i genitori e i nonni) e i collaterali (fratelli e sorelle). Si indaga sullo stato di salute dei genitori e dei collaterali del paziente o sulla loro eventuale età e causa di morte. Questo punto è molto importante per conoscere i fattori di rischio genetici, ambientali, o l'eventuale predisposizione familiare.
3. ANAMNESI PERSONALE:

a) A. FISIOLOGICA. Rappresenta l’insieme delle notizie riguardanti la nascita ed i primi periodi di vita del paziente, le fasi della sua crescita con le vicende psico-evolutive, le sue abitudini alimentari, sessuali e voluttuarie, la qualità del sonno, dell’alvo e della minzione e la sua attività lavorativa e i suoi interessi.
b) A. PATOLOGICA REMOTA. Esplora gli eventi morbosi che hanno colpito il paziente dalla prima infanzia fino alla malattia attuale; in questa sezione potranno essere riportati i dati relativi ad eventuali allergie e l’anamnesi farmacologica.
c) A. PATOLOGICA PROSSIMA è la raccolta delle notizie inerenti i prodromi, l’inizio e l’evoluzione della malattia in atto. Definita anche "patologica recente" riguarda il disturbo per cui il paziente consulta il medico.

L’anamnesi orientata ai rilievi psicopatologici ricalca l’anamnesi medica comprendendo informazioni specifiche o dettagliando maggiormente informazioni tipiche dell’anamnesi medica, in modo da raccogliere dati che risultano sempre indispensabili alla ricostruzione del quadro clinico e alla diagnosi psichiatrica:

1. GENERALITÀ: nome, nascita, stato civile, residenza e recapito, scolarità, professione, inviante, motivo esplicito dell’invio e analisi della domanda.
2. A. FAMILIARE: generalità dei genitori e dei fratelli, eventuali patologie fisiche e mentali, cause di morte , tratti di personalità, interazioni e dinamiche familiari (es. atmosfera affettiva, grado di accordo tra i membri, educazione impartita dai genitori, ecc.);
3. ANAMNESI PERSONALE

a) A. FISIOLOGICA: nascita , allattamento, ritmo veglia-sonno, deambulazione, linguaggio, controllo degli sfinteri ed educazione alla pulizia, gioco, esperienza scolastica e prime separazioni dal nucleo famigliare, socializzazione, ambizione e competizione, pubertà e adolescenza, amicizie, rendimento scolastico, relazioni affettive, lavoro. Esperienze a atteggiamento verso la condivisione dell’esistenza, interazione sessuale, atteggiamento verso la procreazione, valori e obiettivi di vita. Generalità del partner, eventuali patologie fisiche e mentali, cultura di appartenenza, caratteristiche di personalità; identici rilievi per figli ed eventuali altri conviventi. Alvo diuresi, appetito, sonno, fumo ed alcool, eventuale uso di sostanze tossiche, atteggiamento verso la solitudine, articolazione della vita quotidiana, interessi ed aspettative, per il futuro.

b) A. PSICOPATOLOGICA REMOTA**:** rilevanti patologie somatiche e/o psichiche remote associate o meno ad eventi psicosociali stressanti (esordio, decorso, esito, terapie farmacologiche e/o psicologiche).

c) A. PSICOPATOLOGICA PROSSIMA**:** caratteristiche di personalità attuali del soggetto. Fatti obiettivi e subiettivi significativi precedenti i disturbi psichici attuali; modalità di esordio, caratteri, frequenza e durata degli episodi; precedenti terapie farmacologiche e/o psicologiche per l'episodio recente. Aspettative verso l'interventuo attuale. Articolazione della vita quotidiana e rapporti interpersonali in presenza di disturbi; valutazione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo. Aspettative per il futuro.

2. L'osservazione del comportamento e l'esame psichico

L'osservazione comportamentale era utilizzata già dai primi sperimentalisti della scuola di Pavlov. La spinta maggiore allo sviluppo della valutazione comportamentale si è avuta dalla crescita, negli anni '60 e '70, delle terapie comportamentali, anche se non erano ancora disponibili strumenti di valutazione adatti per questo nuovo metodo concettuale.

Divenuta oggetto di un'indagine e di una concettualizzazione più sistematica dalla metà degli anni '70 ad opera del *sistema costruttivista comportamentale.*, ha fornito una base metodologica e concettuale, per lo sviluppo della moderna psicologia clinica. Ha contribuito, inoltre, in modo significativo all'identificazione e alla misurazione dei comportamenti e ha facili- iato lo sviluppo di programmi di intervento più efficaci.

I fondamenti teorici del sistema costruttivista rilevanti per la valutazione comportamentale, definiti tra il 1968 e il 1972 da Bandura, Goldfried e Kent, sono riconducibili ai seguenti concetti: *determinismo ambientale:* le cause determinanti del comportamento vengono più frequentemente, anche se non invariabilmente, attribuite ad eventi ambientali, in particolare ai fenomeni che risultano coerenti con un modello di apprendimento sociale. Il concetto di *determinismo ambientale* presuppone un *modello interazionista* in cui comportamento ed ambiente si influenzano reciprocamente. Ciò non esclude comunque che eventi genetici o biochimici non possano funzionare come cause determinanti del comportamento o che non possano interagire con gli eventi comportamentali e ambientali (Bandura, 1981). Ne consegue che è insufficiente valutare un individuo, una istituzione o un gruppo indipendentemente dal suo contesto socio-ambientale;

- *contiguità temporale*: questo concetto sottolinea l'importanza di cause determinanti in stretta prossimità temporale per il comportamento preso in esame; fa riferimento alle interazioni ambientali *attuali* anziché a quelle storiche;

- *fattori contingenti*: sottolinea l'importanza delle determinanti *situazionali* che influiscono sulla varianza del comportamento in contrasto con il concetto di tratto della personalità che ipotizza un più alto grado di stabilità interna al soggetto;

- *causalità multipla:* ogni comportamento è il risultato di cause multiple e interagenti; enfatizza l'importanza delle differenze individuali; ipotizza che le singole differenze si verifichino sia *tra* le sindromi che *al loro in terno.* Questo implica che il grado di efficacia di una terapia può essere migliorato significativamente se essa viene personalizzata per adattarsi alle cause determinanti individuate in sede di valutazione comportamentale preterapeutica;

- *riduzione delle componenti inferenziali:* utilizzo di variabili direttamente osservabili ed espresse in termini operativi con riduzione al minimo delle variabili interne;

- *frazionamento della risposta:* un fenomeno deve essere compreso analizzando tutte le sue

singole componenti con l'impiego di più indici quanto le componenti non sono necessariamente correlate tra Ioni,

- *importanza dei criteri empirici-,* questo concetto sottolinea come caratteristica importante del sistema costruttivista-comportamentale una metodologia che si fondi su basi prettamente empiriche. Questa sottolineatura empirica risulta evidente non soltanto negli sforzi tesi ad ottenni quantitativi attraverso l'osservazione diretta, l'automonitoraggio, l'osservatore partecipe e la valutazione psicofisiologica, ma anche nei colloqui, dove si cercheranno indicazioni quantitative dei problemi compon,in tali, dei comportamenti associati e dei fattori ambientali potenzialmente pertinenti.

Sono utilizzati diversi metodi di osservazione del comportamento elencati qui di seguito.

Osservazione naturalistica: consiste in un monitoraggio sistemai u h comportamento nell'ambiente naturale dove si manifesta, con ossei v esterni addestrati, riducendo così al minimo la natura deduttiva della valutazione. È utilizzata con un ampio spettro di ambientazioni e comportamenti target (es. interazione genitore-figlio a casa). Si utilizza una campionatura temporale con un certo numero di sessioni di osservazione più volte nella giornata mediante l'ausilio di registrazioni audio e/o video e supporto informatico. Offre dati riguardanti le frequenze e/o la durata del comportamento critico. Le fonti di errore dell'osservazione naturalistica riguardano la raccolta dei dati o la campionatura. Una fonte di errore particolarmente rilevante è il ***fenomeno*** *della reattività* ossia l'influenza che la presenza dell'osservatore provoca sul comportamento dell'osservato; come più volte osservato, in alcuni casi (es. interazione sessuale, comportamento antisociale ecc.) gli effetti reattivi possono essere così forti da precludere il ricorso all'osservazione naturalistica. È una valutazione con elevato rapporto costo/beneficio e non adatta per i comportamenti a bassa frequenza di comparsa.

Osservazione in condizioni analoghe: è l'osservazione del comportamento in ambienti di laboratorio strutturati in modo da riprodurre porzioni o condizioni significative dell'ambiente naturale per incrementare l'efficienza dell'osservazione. E utile per l'osservazione di comportamenti a basso tasso di frequenza che sarebbe difficile osservare nell'ambiente naturale. Si utilizzano *analoghi situazionali,* in cui viene ricostruita totalmente una situazione, o *analoghi da stimolo,* dove vengono forniti solamente alcuni stimoli specifici del comportamento da osservare. Anche in questo caso è presente il rischio della reattività all'osservatore esterno, ma è aula in il numero delle condizioni clinicamente significative osservabili per unità di tempo rispetto alla osservazione naturalistica; ne risulta un miglior rapporto costo/beneficio.

Osservazione *partecipe:* consiste nell'utilizzare osservatori che fanno normalmente parte dell'ambiente naturale dei soggetti da osservare (genitori, insegnanti, coniuge ecc.). E' particolarmente utile per i comportamenti a bassa frequenza di comparsa o per quelli che potrebbero risultare fortemente reattivi in presenza di osservatori esterni. È un metodo molto suscettibile agli errori dovuti al condizionamento affettivo dell'osservatore, alla sua preparazione.

Auto osservazione: utilizzato in un'ampia gamma di situazioni è l'individuo che è osservatore di se stesso e che registra il verificarsi del comportamento critico sia continuativamente che in un contesto di campionamento temporale. Tutti i metodi di osservazione del comportamento sono afflitti da cosiddetto fenomeno della reattività: il soggetto modifica spontaneamente il proprio comportamento per il solo fatto di sapersi osservato. I vari metodi hanno pertanto sviluppato contromisure per contrastare questo fenomeno che si manifesta più forte nelle tecniche di autosservazione. Queste tecniche sono quindi state trasformate per essere più utilizzate a fini terapeutici che di valutazione. Nella cura dell'obesità, ad esempio viene consegnato al paziente un diario alimentare da compilare descrivendo cosa e come mangia giornalmente, con il risultato di indurre modificazioni positive nelle sue abitudini alimentari. Metodiche analoghe sono impiagate per combattere la dipendenza da fumo, da alcool e nei disturbi del sonno.

Intervista comportamentale: è il metodo di valutazione più frequentemente usato. I colloqui comportamentali e non comportamentali differiscono per focalizzazione, funzione e metodologia. Il colloquio comportamentale è focalizzato più specificamente sul ruolo delle interazioni tra ambiente e comportamento e sollecita la rilevazione di indici quantificabili di

specifici i comportamentali e ambientali. Le funzioni dell'intervista comportamentale includono: diagnosi, varie tipologie di selezione, individuazione di comportamenti problematici, pianificazione degli interventi ecc.

Tecniche elettrofisiologiche: le procedure di misurazione elettrofisiologiche rappresentano un metodo importante per la valutazione del comportamento in quanto forniscono dati specifici e quantificabili; sono molti i comportamenti-target valutati quali disfunzioni erettive, insonnia, asma, vaginismo, emicrania ecc. La valutazione elettrofisiologia è parte integrai! te dello studio e del trattamento di molti disturbi psicosomatici. Il biofeedback è una procedura che rimanda al soggetto, sotto forma di informazioni, i segnali rilevati da strumenti elettronici che controllano vari processi fisiologici; se al paziente vengono mandati i segnali adatti egli è in grado di riuscire a controllare almeno in parte vane funzioni vegetative e di modificarne il livello di attività.

Checklists e ratings scales: questi strumenti sono in questo contesto osservazionale formulati in maniera specifica per il comportamento critico da valutare; le *misurazioni dell'effetto del comportamento* riducono la reattività e i costi in quanto misurano un prodotto permanente o transitorio del comportamento preso in esame anziché il comporta mento stesso (es. il peso corporeo nei disturbi alimentari); il *campionamento dell'evento critico* prevede registrazioni audio e/ o video durante i periodi in cui si pensa possa verificarsi un'alta probabilità che si manifesti il comportamento da valutare; altro metodo di valutazione è la *manipolazione* delle variabili di controllo ipotizzate, per esempio il ruolo eziologico dei fattori correlati all'insonnia può essere valutato attraverso una manipolazioni- sistematica del comportamento che precede il sonno.

I fattori di distorsione dell'osservazione sono in parte a carico dell'osservatore, in parte a carico dell'osservato.Tra i fattori a carico dell'osservatore, i principali sono:

- l'equazione personale (stile cognitivo, caratteristiche psicofisiche), che può differire da osservatore a osservatore, riducendo l'*attendibilità intersoggetiva*, e nello stesso osservatore da momento a momento, riducendo l'*attendibilità intrasoggettiva;*

- la tendenza ad osservare o sopravvalutare ciò che ci si aspetta o che si desidera;

- la tendenza a scambiare l'interpretazione dei fatti osservati con l'osservazione;

- la difficoltà a prestare attenzione continuata agli aspetti della situazione da osservare.

I fattori a carico dell'osservato sono:

- l'estraneità o novità della situazione per l'osservato, che può reagire a questa (ad es., in termini persecutori) anziché agli aspetti a cui è interessato l'osservatore;

- l'interpretazione personale da parte dell'osservato dei desideri dell'osservatore- che questi gli può aver comunicato indirettamente e inconsapevolmente – e conseguente tendenza a favorirlo o contrariarlo.

Le tecniche di osservazione e alcune metodiche di osservazione sono state sviluppate per ridurre il più possibile tali effetti di distorsione:

- uso di più osservatori;

- osservatore diverso dal ricercatore ed ignaro dell'ipotesi (metodo del *doppio cieco*);

- suddivisione in "livelli di osservazione";

- registrazione strumentale (video tape, registratore, ecc.);

- uso di una tavola prefissata di categorie descrittive;

- specchio unidirezionale;
- campionamento temporale (sequenze regolari di periodi di osservazione di durata prefissata);
- mantenimento dell'osservatore sullo sfondo;
- familiarizzazione con l'osservatore, il quale interagisce con l'osservato agendo da "osservatore partecipe";
- osservazione della stessa relazione osservativa, premesso il reciproco coinvolgimento dell'osservatore e dell'osservato.

2.1 L'osservazione del comportamento durante il colloquio: l'esame psichico

Il colloquio clinico, come metodo di valutazione, raccoglie un ampio ventaglio di informazioni riferite dal paziente e quindi filtrate dalla sua soggettività. Come per l'esame obiettivo in medicina, l'esame psichico è finalizzato a rilevare invece informazioni oggettive attraverso l'osservazione del comportamento. L'esame obiettivo medico segue l'anamnesi e costituisce quindi una fase successiva e separata dalla precedente. L'esame psichico è invece ovviamente effettuato durante lo svolgimento del colloquio e lo psichiatra ha di fronte il compito complesso di ascoltare, interagire ed osservare allo stesso tempo. I dati dell'osservazione che definiscono il cosiddetto "status" del paziente e integrano i rilievi del colloquio, vengono rilevati man mano che ti stabilisce il contatto con il paziente e si sviluppa con lui la relazione. La registrazione di questi dati segue i tempi e i modi della loro rilevazione. Così annotiamo per prima ciò che vediamo subito, non appena accogliamo il paziente sulla porta dell'ambulatorio: il suo aspetto generale, la sua presenza a se stesso e alla situazione e il suo atteggiamento. Successivamente osserveremo come si muove entrando nella stanza e sedendosi, la sua gestualità e il suo modo di iniziare a parlare. Iniziato il colloquio potremmo rilevare e registrare informazioni riguardo il suo funzionamento cognitivo, e la sua personalità, i processi di pensiero e quelli affettivi. Infine a annoteremo eventuali segni psicopatologici specifici, aggiungendo brevemente una sintesi della sintomatologia soggettiva, esplorata dettagliatamente e descritta nel resoconto anamenstico derivato dal colloquio.
Elenchiamo di seguito i rilievi essenziali dell'esame psichico e successivamente un esempio di trascrizione con verbalizzazioni idonee a descrivere il soggetto normale:

RILIEVI

1

- Abbigliamento e cura della persona
- Coscienza
- Perplessità
- Atteggiamento verso il colloquio

2

- Attività psicomotoria
- Mimica e gestualità
- Eloquio

3

- Orientamento spazio-temporale
- Attenzione
- Percezione e memoria
- Funzioni cognitive superiori

4

- Ideazione

- Caratteristiche formali del pensiero
- Nessi associativi
- Esame di realtà
- Consapevolezza di malattia

5
- Affettività
- Tono dell'umore
- Emozioni
- Congruenza ideo-affettiva

6
- Segni psicopatologici specifici
- Sintomi riferiti (dati soggettivi)
- Problematiche personali (dati soggettivi)

TRASCRIZIONE

1. Il paziente si presenta ben curato nella persona e nell'abbigliamento, cosciente, lucido e sufficientemente sicuro di sé, accede al colloquio in modo collaborativo

2. La mimica e la psicomotricità appaiono congrue con la situazione e i contenuti della comunicazione. L'espressione del volto manifesta uno stato di relativa tranquillità. La gestualità è composta. L'eloquio è fluido, sufficientemente articolato, ricco ed espressivo.

3. Il paziente risulta orientato nello spazio e nel tempo, mantiene l'attenzione focalizzata sulla situazione e i temi del colloquio; non mostra né riferisce disturbi della percezione e della memoria. Non si rilevano fenomeni indicativi di alterazione delle funzioni cognitive superiori (capacità di sintesi e analisi, di astrazione e di concettualizzazione, livello del pensiero categoriale etc…).

4. Non sono presenti disturbi dell'ideazione né alterazioni formali del corso del pensiero; nessi associativi stabili e consistenti. L'esame di realtà risulta conservato come pure lele capacità di critica e giudizio. Il paziente appare consapevole dei propri sintomi e della propria condizione che descrive e valuta in modo realistico e condivisibile.

5. L'affettività, congrua con i contenuti della comunicazione verbale, non manifesta alterazioni clinicamente significative; assenti fenomeni disemotivi (ansia, rabbia etc..).
Il tono dell'umore è in asse. Buono il livello di tolleranza alla frustrazione e l'autocontrollo

6. Non si evidenziano segni psicopatologici specifici e il soggetto non riferisce sintomi ne rilevanti problematiche personali.

3.I test psicologici e le scale di valutazione del comportamento

3.1 Definizione e requisiti metrologici

Un test psicologico consiste in una *misurazione obiettiva, in condizioni controllate, di un campione di comportamento*. Una citazione a parte, in termini di definizione, meritano le scale di valutazione

del comportamento, strumenti anch'essi utili e largamente impiegati, che consistono in *registrazioni scritte, su moduli strutturati di comportamenti osservati. Requisiti psicometrici indispensabili di un test, affinchè sia utilizzabile, sono la sensibilità, la standardizzazione, la validità e l'attendibilità.*

<u>*Sensibilità.*</u> La sensibilità è la capacità di discriminare finemente i soggetti che differiscono fra loro nei comportamenti valutati dal test. Un test poco sensibile è ad esempio un test a prestazione massima come una scala di intelligenza troppo facile o troppo difficile perché classificherebbe quasi tutti i soggetti del gruppo ad un estremo o all'altro della distribuzione dei punteggi possibili, senza riuscire a discriminarli tra loro. La sensibilità di un test è, invece, aumentata quando a comporla sono item a varianza elevata capacità di differenziare i soggetti nel modo più ampio possibile.

<u>*Standardizzazione.*</u> La standardizzazione garantisce l'uniformità nelle produrre di somministrazione delle prove, nell'attribuzione del punteggio, nella valutazione e classificazione dei risultati. Si articola nella standardizzazione delle procedure e delle norme.

Standardizzazione delle procedure: questa caratteristica psicometrica risponde all'esigenza di operare con un test in condizioni controllate, costanti ed uniformi, propria di tutte le osservazioni scientifiche.

A tale scopo per ogni test, sono fornite precise istruzioni che comprendono i materiali da impiegare, i limiti di tempo, le disposizioni verbali da impartire ai soggette; le dimostrazioni preliminari ed ogni altro particolare relativo alla somministrazione.

Inoltre l'impiego di esaminatori addestrati ed esperti consente di controllare le fonti di errore legate all'esaminatore stesso. Questi devono porre attenzione ai propri comportamenti, con particolare riguardo ai contenuti della comunicazione, alle sue caratteristiche formali e ad aspetti della comunicazione non verbale. E richiesta generalmente una certa attenzione anche nelle scelta dell'ambiente dove si svolge l'esame.

Standardizzazione delle norme: un altro aspetto importante della standardizzazione di un test è la determinazione dei suoi valori normativi in modo da poter interpretare il punteggio al test di ogni individuo in rapporto a quello degli altri e anche, in caso di test composti da più prove o scale, di confrontarle tra di loro all'interno dello stesso test.

Il metodo prevede la somministrazione del test ad un campione sufficientemente ampio e rappresentativo della popolazione in esame: dalle prestazioni ottenute sono derivate le norme che comprendono indicazioni circa il rendimento medio e la frequenza relativa dei vari gradi di scostamento intorno alla media.

Per poter determinare più precisamente e rapidamente l'esatta posizione del soggetto in rapporto al campione di standardizzazione si trasformano in base ai valori normativi, i punteggi grezzi del soggetto in misure relative, i punteggi ponderati, che servono ad un duplice scopo.

In primo luogo indicano la posizione relativa del soggetto nel campione normativo e, in secondo luogo, forniscono misure confrontabili che possono anche consentire un'immediata comparazione dei risultati conseguiti dal soggetto in test differenti.

I punteggi ponderati sono più frequentemente espressi in centili, punti standard (punti z, punti t), Q.I. di deviazione, a seconda delle procedure statistiche adottate per la trasformazione dei punteggi grezzi originari.

<u>*Validità.*</u> La validità di un reattivo mentale concerne la sua capacità di misurare effettivamente quella caratteristica psicologica che il reattivo stesso aveva lo scopo di misurare; fornisce una verifica diretta di quanto il tesi adempia alla propria funzione.

I procedimenti per la determinazione della validità possono essere classificati in tre categorie in base al contenuto, al rapporto con un criterio ed alla struttura del test.

- *Validità di contenuto.* Questo metodo consiste nell'esame del contenuto per determinare se esso comprende un campione rappresentativo del comportamento da esaminare; può utilizzare due tipi di criteri, entrambi interni al reattivo stesso.

Il primo è quello della *validità apparente* e si riferisce a quanto il reattivo risulti idoneo a giudizio sia di esperti che di potenziali utilizzatori. Il secondo è quello della *validità fattoriale* che implica l'applicazione di tecniche statistiche di analisi fattoriale per derivare dei fattori che diversi reattivi possiedono in misura differente e ai quali è assegnato un vaio re psicologico.

Una volta individuati è possibile utilizzarli per la descrizione della composizione fattoriale del test. Ogni test può così essere caratterizzato sulla base dei più importanti fattori che ne determinano i punteggi relativi **e** del peso o saturazione di ciascun fattore.

- *Validità in rapporto al criterio.* Consiste nel porre in relazione la prestazione in un reattivo con un 'altra misura indipendente della stessa caratteristica psicologica misurata dal test. La misura del criterio nei confronti della quale i punteggi al test vengono validati può essere ottenuta pressoché contemporaneamente ai punteggi o dopo un determinato intervallo di tempo. Se la misura del criterio viene eseguita qualche tempo dopo la somministrazione del reattivo, si parla di *validità predittiva* se invece è contemporanea si parla di *validità concorrente.*

La scelta del metodo da applicare, tra i due, è basata sugli obiettivi della valutazione: la validità concorrente assume importanza nel caso di tesi impiegati per la diagnosi clinica, relativa alla situazione attuale dei soggetti esaminati, mentre la validità predittiva nel caso di test impiegati pei la previsione di risultati o comportamenti futuri.

Una limitazione al loro impiego è rappresentata dal fatto che, prima, è necessario assicurarsi della validità del criterio stesso. Inoltre occorre evi tare che i punteggi al test influiscano essi stessi sulla posizione del soggetto in relazione al criterio: le valutazioni in base al criterio possono in fatti essere contaminate dalla conoscenza, da parte di chi valuta, dei punteggi ottenuti dal soggetto al test.

La *validità discriminante* si riferisce alla capacità dello strumento di distinguere i casi normali dai patologici e di differenziare specifiche categorie diagnostiche e, più in generale, gruppi criteriali differenti tra loro rispetto alla variabile in questione.

La *validità convergente* è una verifica empirica a posteriori della corrispondenza tra il concetto-attributo che si intende misurare e altre misure già note che fanno riferimento allo stesso costrutto; stima, quindi, la concordanza tra valutazioni dello stesso tratto ottenute applicando metodi diversi.

- *Validità di costrutto.* La validità di un test è, in questo senso, rappresentata dal grado in cui si può ritenere che esso misuri una struttura teorica o tratto (ansia, intelligenza, estroversione, ecc.).

Il presupposto indispensabile è che esiste una teoria esplicativa nella quale il tratto da misurare figuri come variabile interveniente o costrutto ipotetico e da cui derivi la sua definizione. La validità del reattivo, come misura operativa di un costrutto all'interno della teoria è legata alla misura in cui le predizioni della teoria sono confermate da esperimenti che utilizzano il reattivo come una delle misure.

La validità di costrutto utilizza un tipo di descrizione del comportamento ampia, duratura, espressa anche in termini teorici e richiede un'ampia e progressiva raccolta di dati provenienti da fonti diverse.

Attendibilità. Un reattivo è attendibile se, indipendentemente da quel che misura, misura sempre la stessa caratteristica; l'attendibilità di un test è data dalla coerenza dei punteggi raggiunti dagli stessi individui se sottoponi allo stesso test in tempi o in condizioni diverse di somministrazione, o ad una forma equivalente di prove. Quando un gruppo di soggetti viene sottoposto ad un reattivo, la distribuzione dei punteggi che ne risulta può essere funzione sia delle differenze costanti tra di essi rispetto alla variabile considerata, sia di eventuali differenze casuali dovute all'effetto di variabili impreviste come, ad esempio, umore, motivazione, salute, ecc.

In sostanza, qualsiasi condizione estranea ai fini del test rappresenta ima potenziale fonte di varianza dovuta ad errore di misurazione; il grado ili attendibilità esprime quale proporzione della varianza totale dei punteggi sia varianza dovuta ad errore. Si possono considerare molte varietà di attendibilità di un test: tante quante sono le condizioni che possono influenti re i punteggi di un test.

Tali condizioni possono essere comprese nelle seguenti quattro categorie:

- *caratteristiche durevoli e generali,* come: abilità generali, capacità generali di comprendere le istruzioni, atteggiamenti e reazioni emotive al testing;

-*caratteristiche durevoli e specifiche,* come: conoscenze e abilità richieste dal reattivo, reazioni emotive costanti a particolari tipi di stimoli;

-*caratteristiche temporanee e generali,* come: salute, fatica, carico emotivo, motivazioni, effetti di calore,

luce, ecc., atteggiamenti o condizioni emotive transitorie;

- *caratteristiche temporanee e specifiche,* come: cambiamenti di fatica o motivazione indotti dal test, livello di pratica attuale per le abilità richieste, reazioni emotive transitorie a stimoli di test.

Sul piano della metodologia statistica, poiché tutti i tipi di attendibilità riguardano il grado di concordanza esistente tra due gruppi di punteggi ottenuti indipendentemente l'uno dall'altro, i diversi tipi di attendibilità sono frequentemente espressi in termine di coefficiente di correlazione.

Sono descritti qui di seguito i metodi più comuni di stima dell'attendibilità.

*Il metodo test-retest: n*oto anche come coefficiente di stabilità, consiste nella correlazione tra punteggi ottenuti dallo stesso gruppo di soggetti in due diverse somministrazioni dello stesso reattivo.

Naturalmente i punteggi effettivi dei soggetti possono non rimanere gli stessi: ci si può attendere, ad esempio, che in un reattivo di intelligenza i soggetti abbiano una prestazione migliore la seconda volta.

Ciò che interessa per l'attendibilità è però che la posizione relativa di ogni soggetto rispetto agli altri rimanga la stessa; tutti i fattori che influiscono allo stesso modo su tutti i soggetti pongono problemi di validità e non di attendibilità.

L'attendibilità tende naturalmente a decrescere con l'allungarsi dell'intervallo di tempo tra le due somministrazioni. Infatti è più facile il verificarsi di nuovi apprendimenti di entità e tipo differente tra i soggetti testati che potrebbero influenzare le loro prestazioni al retest. Questo metodo stima l'effetto delle fonti di errore temporanee; è infatti diminuito da tali fonti, indipendentemente dal fatto che siano generali o specifiche.

*Il metodo delle forme equivalenti: i*l coefficiente di attendibilità è qui rappresentato dalla correlazione tra punteggi rilevati in due forme equivalenti dello stesso test somministrate allo stesso gruppo di soggetti; costituisce contemporaneamente sia una misura della stabilità che della coerenza nella risposta a diverse forme del test.

Se le due forme vengono somministrate in successione immediata la varianza dovuta ad errore rappresenta, a differenza del test-retest, le oscillazioni di prestazione piuttosto che le oscillazioni dovute all'arco di tempo intercorso. Il metodo misura l'influenza delle fonti di errore specifiche indipendentemente dal fatto che siano momentanee o durature.

*Il metodo dell'equivalenza ritardata: i*mpiegato meno frequentemente dei precedenti, consiste nell'interpor- re un intervallo simile a quello che si ha nel retest tra la somministrazione delle due diverse forme. Il metodo misura l'influenza delle fonti di errore specifiche e/o temporanee.

*Il metodo della divisione a metà: c*onsiste nel correlare i punteggi ottenuti dagli stessi individui nella metà del reattivo con quelli ottenuti nell'altra metà. Fornisce la misura più vicina possibile della sola fluttuazione da forma a forma. Solitamente le due metà vengono suddivise selezionando le voci pari e quelle dispari.

L'attendibilità con la divisione a metà differisce dagli altri metodi in quanto si riferisce alla coerenza interna del reattivo piuttosto che alla sua stabilità da una somministrazione all'altra, è per questo usata nell'ambito della costruzione stessa del test.

*Il metodo della coerenza interna: q*uesto metodo si avvale della stima della coerenza delle risposte fornite dai soggetti a tutte le prove del test. Fa infatti riferimento, come fonte di varianza dovuta ad errore, soprattutto all'eterogeneità della sfera di comportamento saggiata: tanto più omogenea è tale sfera, tanto più elevata sarà la coerenza interna dei risultati alle prove e più elevata l'attendibilità alle prove dei test. Naturalmente è applicabile a quei test volti ad esaminare funzioni omogenee che, secondo gli autori, sarebbero da preferirsi in quanto esenti da ambiguità riguardo al significato da attribuire ai risultati. Come nel metodo della divisione a metà, anche la coerenza tra le prove è stimata somministrando un unico test una sola volta; non occorrono però due mezzi punteggi, in quanto si basa sulla prestazione fornita in ciascuna prova del test, applicando varie formule matematiche.

Nei test che comprendono prove a risposte multiple è stata ricavata una formula generalizzata, nota come coefficiente alfa. Questo procedimento

consiste sostanzialmente nello stimare la varianza di tutti i soggetti alle singole prove e nel sommare quindi le varianze relative a tutte le prove.

3.1 Classificazione dei test

Sono vari i criteri di classificazione dei test: collettivi ed individuali, verbali e non verbali, strutturati e non strutturati, per l'età adulta e per quella evoluiva, cognitivi e di personalità.

Quest'ultima è la più complessa e importante e fa riferimento alla categoria di funzioni psichiche valutate dai test: su questo piano la classificazione a livello più elevato di generalizzazione e quella che divide i test tra quelli di intelligenza (o cognitivi o neuropsicologici) e quelli di personalità. I test cognitivi si dividono a loro volta tra quelli che

valutano l'intelligenza generale e giungono ad una stima complessiva e unica del livello intellettivo (e dell'eventuale deterioramento mentale) e quelli settoriali, che valutano singole funzioni intellettive come la memoria, l'attenzione etc..

I test di personalità si dividono invece tra loro in ragione della metodologia che utilizzano. La valutazione della personalità è infatti più complessa e per la sua descrizione si è reso di fatto necessario mettere a punto più metodi, ognuno dei quali presenta dei vantaggi che l'altro non ha. e il loro uso associato è raccomandato come requisito essenziale pertanto per una valutazione affidabile. Al contrario dei test cognitivi che funzionano come "compiti a prestazione massima", dove cioè il soggetto dà il massimo di sé nello svolgerlo, i test di personalità, non essendo questa composta da una unica dimensione ad andamento lineare con una polarità peggiore e una migliore, funzionano come "compiti a prestazione tipica". I test di personalità si dividono quindi, in base al metodo, in questionari e test proiettivi.

3.2 Test cognitivi

I *test cognitivi* di intelligenza generale tendono a valutare una varietà di funzioni e/o di processi logici e a fornire alla fine una sua stima complessiva e unitaria (determinazione del Q.I. o della classificazione in percentili).

Sono utilizzati, associati o meno a test intellettivi settoriali (di memoria, di attenzione etc..) per la valutazione del ritardo mentale, del deterioramento cognitivo, degli effetti di un trauma cerebrale o di patologie neurologiche, sia a fini clinici che medico legali. Sono descritti di seguito brevemente alcuni test di intelligenza generale e settoriali, scelti tra quelli di più frequente impiego.

Wechsler.Adult Intelligence.Scale (W.A.I.S.r)

La pubblicazione nel 1939 della *scala d'intelligenza Wechsler-Bellevue* segnò una data cruciale nella storia della valutazione dell'intelligenza dell'adulto. Per la prima volta, infatti, veniva costruita una batteria di prove eterogenee che prendeva in considerazione le varie espressioni del funzionamento intellettivo, tarate in funzione dell'età cronologica e, cioè,, che tenevano conto del deterioramento fisiologico. Abbandonando il concetto di età mentale, Wechsler riprendeva invece quello di Q.I. concepito come una scala standardizzata con media 100 e deviazione standard 15, offrendo degli elementi statistici concreti per determinare il potenziale intellettivo. Benché fosse stata concepita inizialmente per valutare il livello d'intelligenza globale del soggetto, la scala venne presto utilizzata per altri scopi: misurare l'eventuale deterioramento mentale, individuare il tipo d'intelligenza e le eventuali carenze, ecc. Per queste caratteristiche lo strumento divenne, molto rapidamente, il più usato nell'ambito della valutazione **e** della diagnosi dell'intelligenza portando cosi ad una revisione del materiale (WAIS) e alla creazione di altre scale simili destinate ai bambini in età prescolare (WPPSI) e scolare (WISC).

La *Wecbsler Adult Intelligence Scale* (WAIS, successivamente rivista nel 1981 come WAIS-R) rappresenta il test di intelligenza per gli adulti. Consta di 11 subtest, di cui 6 compongono la scala verbale (informazione, comprensione, ragionamento aritmetico, analogie, memoria di cifre e vocabolario) e 5 la scala di performance (associazione simboli a numeri, completamento di figure, disegno con i cubi, riordinamento di storie figurate e ricostruzione di oggetti); insieme, gli 11 subtest costituiscono la scala totale.

Il Q.I., calcolato sui dati della scala verbale, di performance o totale, è ricavato dal confronto dei risultati ottenuti al test dal soggetto con quelli relativi a soggetti appartenenti alla stessa classe d'età; il Q.I. costituisce il più significativo elemento d'informazione circa le capacità mentali del soggetto.

Matrici Progressive di Raven.

Le matrici progressive sviluppano una unica tipologia di compito a difficoltà crescente

lungo 5 serie di 12 prove ciascuna. A differenza dei test di intelligenza Wechsler si fonda sul principio che la struttura dell'intelligenza sia caratterizzata da un fattore centrale unitario che influenza in modo determinante il successo nella risoluzione di problemi di diverso tipo nei

diversi ambiti applicativi. La sua valutazione classifica il risultato grezzo finale in percentili che consentono di collocare la prestazione del soggetto rispetto a quella dei suoi coetanei, in termini di percentuale di prestazioni inferiori e superiori rispetto a quella del soggetto stesso. Esistono tuttavia anche tabelle di conversione dei punteggi grezzi in Q.I. E' un test che discrimina peggio tra le prestazioni di livello molto basso rispetto a quelle medio alte. La sua somministrazione rapida, di tipo auto compilato, con istruzioni semplici e i suoi item liberi da fattori culturali, consentono di utilizzarlo come test di screening e in forma collettiva.

Mini Mental State (M.M.S.)

Il test valuta con un protocollo ridotto, di veloce somministrazione una serie di limitata funzioni cognitive di base e superiori, sufficienti per una valutazione di screening rispetto alla possibile presenza di un generico danno organico cerebrale. E' utilizzato anche per obiettivare la condizione di quei soggetti difficilmente in grado di sottoporsi o di eseguire l'intera W.A.I.S.r

Bender Visual-Motor Gestalt Test

Il Bender Visual-Motor Gestalt Test è uno dei test più semplici, utilizzati in campo clinico. Il test permette di evidenziare segni di disturbo dell'integrazione percettivo-motoria, riconducibili ad un danno organico cerebrale. La funzione è di pertinenza di un'ampia area cerebrale che comprende le zone temporali e parietali ed in passato è stato per questo considerato un test di screening generico. Lesioni limitate alle circonvoluzioni frontali, ad esempio, possono però non essere registrate dal test e tale applicazione è ormai considerata con prudenza.

Sostanzialmente è un test di copiatura poiché vengono presentati al soggetto, uno per volta, su un cartoncino nove disegni geometrici. Il paziente viene invitato a copiare ogni stimolo servendosi del modello che gli sta di fronte. In linea generale si ipotizza che i fattori di prossimità, continuità, organizzazione interna e strutturazione dello stimolo inducano reazioni rivelative del funzionamento cognitivo dei soggetti.

I disegni furono selezionati da Bender (1938) che li ricavò da una serie più lunga, impiegata inizialmente da Wertheimer nel corso dei suoi studi sulla percezione visiva.

I risultati del Bender-Gestalt Test possono essere interpretati sulla base di diversi metodi per l'attribuzione dei punteggi. Le metodologie più usate sono storicamente quella di Pascal e Suttel (1951) che comporta il riferimento a 105 errori di copiatura, o quelle di Hutt & Briskin e di Koppifz che prendono in esame la qualità formale degli errori. Più recentemente si è affermato il metodo di Lacks, molto più rapido anche se con obiettivi essenziali e più limitati: la sua scala, in un range che va da 0 a 12 punti, individua un punteggio superiore a 4 come indicatore di danno organico cerebrale.

Test di memoria visiva di Benton

Il test di Benton (1955) è un reattivo di tipo neuropsicologico settoriale. Il materiale è composto da cartoncini contenenti ciascuno una o più semplici figure geometriche. Nella prassi standard di somministrazione, viene presentato al soggetto solo per dieci secondi ciascun cartoncino e gli viene chiesto di disegnare la figura che vi è rappresentata. Il test consente la valutazione della percezione spaziale, della memoria immediata e della riproduzione visuomotoria dei disegni. Il punteggio viene calcolato sulla base del numero di cartoncini riprodotti esattamente e del numero complessivo di errori commessi; è generalmente utilizzato per valutare la memoria viso-spaziale a breve termine.

Wechsler Memory Scale (W.M.S.)

La W.M.S. è uno dei test più completi per la valutazione delle varie funzioni di memoria: dalla memoria a breve termine a quella a lungo termine,alla memoria logica etc.. Si compone di 7 sub test. Consente di tradurre i punteggi grezzi in Quozienti di Memoria (Q.M.) equivalenti.

Test di Busche-Fuld

Consiste nell'apprendimento di una lista supra span di parole secondo la tecnica del

selective reminding e consente di valutare in modo più affidabile la mamoria alungo termine verbale.

Test di attenzione Toulouse-Pieron

Il reattivo di compone di una serie di segni geometrici simili tra loro all'interno delle quali il soggetto deve riconoscerne uno, scelto da lui stesso prima della prova, disposto casualmente nella serie in mezzo ad altri tre segni geometrici simili. La prova è divisa in quattro sessioni e durante ciascuna il soggetto deve eseguire il compito più velocemente possibile. Vengono rilevati il tempo di esecuzione, gli errori e le omissioni commesse dall'esaminato. Il test valuta la memoria a breve termine, in compiti di rapida esecuzione.

3.3 Test di personalità

I *test di personalità* valutano le caratteristiche di personalità e le condizioni psicopatologiche del soggetto.. Sono classificati, a secondo del metodo utilizzato, in questionari e test proiettivi. Tra i primi descriveremo brevemente i test MMPI-2, MCMI e A.C.L; tra i secondi il test di Rorschach, il T.A.T. e il Disegno della Figura Umana.

I Test Proiettivi sono caratterizzati dall'uso di materiale non strutturato, che permette di esplicitare un ampio ventaglio di risposte. Gli stimoli utilizzati sono ambigui o incompleti e le istruzioni impartite al soggetto generiche. Il termine proiettivo fa riferimento alla dinamica di produzione delle risposte. L'uso delle tecniche proiettive si basa, infatti, sul presupposto teorico che l'individuo proietta sullo stimolo ambiguo elementi, anche inconsci o latenti, della personalità. Il compito richiesto al soggetto che completa il test con l'esaminatore è di tipo interpretativo. La maggior parte delle informazioni è ottenuta in modo indiretto poiché non è richiesto al soggetto di comunicare direttamente la conoscenza di sé; le informazioni ottenute non dipendono dalla consapevolezza del soggetto ma dalla sua capacità di impegnarsi spontaneamente al test. I Test Proiettivi esigono condizioni di somministrazione accuratamente standardizzate per limitare l'interferenza dell'esaminatore sulle risposte. Alcune caratteristiche che differenziano i test proiettivi dai Questionari sono, secondo G.J. Meyer, che in questi ultimi si utilizzano stimoli famigliari a contenuto evidente (frasi o aggettivi) ed viene offerto un range limitato di opzioni di risposta; che il soggetto compila il questionario da solo e la somministrazione e l'attribuzione dei punteggi richiedono abilità minime da parte dell'esaminatore; che il compito richiesto al soggetto è riflettere su se tesso e decidere se ciò che viene descritto negli item corrisponde alle proprie caratteristiche; che le informazioni ottenute dipendono dal livello di consapevolezza e dalla complessità della rappresentazione di sé del soggetto. I Questionari, inoltre, sono molto efficaci per ottenere informazioni su sintomi specifici manifesti, su eventi ed esperienze. Le tecniche proiettive, invece, sono lo strumento migliore per valutare le dimensioni psicopatologiche e/o le caratteristiche i della personalità che possono essere anche meno evidenti e consapevoli nel comportamento del soggetto.

Le caratteristiche dei metodi auto-valutativi mediante questionario (es.: M.M.P.I.2) sono le seguenti:

1 le aspettative sono ben definite;
2 gli stimoli sono familiari;
3 la gamma di possibilità di risposta è ristretta;
4 il compito richiede che il paziente prenda in considerazione sé stesso, decida quali sono i propri tratti caratteristici, decida come presentare sé stesso e quindi riporti tutto questo sul modulo cartaceo;
5 la somministrazione e lo scoring richiedono un minimo di abilità da parte dell'esaminatore;
6 Il paziente utilizza autonomamente esempi e riferimenti sul test per decidere se la caratteristica descrive sé stesso;
7 il test viene eseguito autonomamente dal paziente;
8 rappresenta una sorta di descrizione "in vitro" delle caratteristiche personali;
9 nella migliore delle ipotesi, la qualità dati grezzi dipende dalla consapevolezza e dalla complessità delle rappresentazioni del sé;
10 la dissimulazione è possibile anche se controllata e si manifesta nella auto descrizione al test;
11 strumento ideale per ottenere informazioni su specifici sintomi, eventi, ed esperienze evidenti.

Le caratteristiche dei metodi proiettivi (es..test di Rorschach) sono le seguenti:

1 le aspettative sono poco definite;
2 gli stimoli sono sconosciuti;
3 possibilità di risposta aperta;
4 il compito richiede che il paziente formuli e descriva delle percezioni, decida quali percezioni articolare e risponda a ulteriori domande;
5 la somministrazione e lo scoring richiedono abilità e preparazione da parte dello psicologo;
6 è l'esaminatore il riferimento per classificare le caratteristiche del paziente;
7 il test viene effettuato insieme all'esaminatore;
8 rappresenta una dimostrazione in vivo delle caratteristiche personali;
9 nella migliore delle ipotesi, la qualità dei dati grezzi dipende dall'impegno sul compito e dalla capacità di articolare le percezioni e le loro determinanti;
10 la dissimulazione è difficile è si manifesta nell'impegno sul compito;
11 strumento ideale per la valutazione della personalità e tratti che possono anche essere evidenti nel comportamento manifesto e/o cosciente.

3.3.1 Questionari

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI 2)

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory è il questionario di personalità più diffuso e comunemente usato. Nella prima versione di J.C. McKinley e S.R. Hathaway (1940) fu costruito sulla base di 504 items, brevi frasi descritte in prima persona singolare, per lo più in forma affermativa. Gli stimoli coprono un'ampia gamma di contenuti che includono manifestazioni del comportamento nevrotico, psicotico e psicopatico, sintomi somatoformii; atteggiamenti sociali; problemi relativi alle relazioni in ambito lavorativo, la famiglia e la vita sessuale etc…. I risultati vengono espressi con riferimento a dieci scale cliniche (*.Hs*, ipocondria; *D,* depressione; *Hy,* isteria; *Pd,* deviazione psicopatica; *Mf,* mascolinità-femminilità; *Pa*, paranoia; *Pt,* psicastenia; *Se,* schizofrenia, *Ma,* ipomania; *Si,* introversione sociale) precedute da tre scale di validità (L, K, F).che valutano l'affidabilità con la quale il soggetto ha compilato il test.

In Italia sono state pubblicate la forma completa (550 items), ridotta (357 items) e abbreviata (174 items).

Nel 1989 è stata pubblicata una nuova versione MMPI-2 (Hathaway *et al.), di 560 item,* caratterizzata da un aggiornamento della forma linguistica, una mollifica delle voci e dall'elaborazione di nuove scale supplementari e di contenuto. Sono state migliorate anche le procedure di valutazione e di standardizzazione dei punteggi.

Millon Multiphasic Personality Inventory (MCMI III)

La terza versione dei questo test, attualmente in uso, risale al 1994, si compone di 175 brevi frasi alle quali il soggetto deve rispondere vero o falso che vanno a costituire 28 scale.

Queste scale valutano la possibilità di vari disturbi mentali , evidenziano anche eventuali disturbi della personalità. Una delle caratteristiche più importanti del test è il suo collegamento con la recente classificazione internazionale dei disturbi mentali D.S.M..IV che consente di diagnosticare la sintomatologia rilevata dagli item in termini nosografici precisi, attuali e ampiamente condivisi.

Le scale, precedute da quelle validità, valutano le sindromi cliniche ansia, somatizzazione, mania, distimia, dipendenza da alcool, dipendenza da droghe, disturbo post-traumatico da stress, disturbo del pensiero, depressione maggiore, disturbo delirante e i pattern di personalità schizoide, evitante, depressiva, dipendente, istrionica, narcisistica, antisociale, sadica, ossessivo-compulsiva, nagativistica, masochistica, schizotipica, borderline , paranoide.

Adjective Check List (A.C.L.)

Questo test non valuta dimensioni psicopatologiche ma psicologiche coma l'assetto motivazionale, l'atteggiamento relazionale, la sfera emozionale e l'autocontrollo, , l'autostima,

l'orientamento verso la richiesta di aiuto e il cambiamento. Si compone di una lista di 300 aggettivi ed il soggetto deve sottolineare prima quelli che corrispondono al suo Sé reale (come io sono) e, in una seconda somministrazione, quelli che decrivono il suo Sé ideale (come io vorrei essere)

3.3.2 Test Proiettivi

Test di Rorschach

La più nota e discussa tecnica proiettiva è indubbiamente quella delle macchie d'inchiostro di Rorschach (1942). Elaborata dallo psichiatra svizzero Hermann Rorschach il test si serve di 10 tavole, su ognuna delle quali è riprodotta una macchia d'inchiostro bilateralmente simmetrica; cinque macchie presentano soltanto sfumature grigie e nere, due contengono anche del colore rosso vivo, nelle tre rimanenti sono combinate sfumature di vario colore.

La procedura di somministrazione consiste nel mostrare al soggetto una tavola alla volta e chiedergli cosa rappresenta, cosa vede o gli fa venire m mente la macchia. L'esaminatore annota le risposte date dal soggetto ad ogni tavola e il tempo impiegato per rispondere, le osservazioni spontanee, le espressioni emotive e altri aspetti incidentali del comportamento durante la prova. Terminata la presentazione delle 10 tavole, nella fase di inchiesta, l'esaminatore interroga il soggetto per conoscere, a proposito di ogni tavola, quali parti e quali particolari aspetti della macchia hanno determinato le risposte; nel corso dell'inchiesta, il soggetto ha anche modo di chiarire ed elaborare i contenuti espressi.

Le risposte vengono poi siglate in riferimento alla localizzazione (dove ha visto ciò che ha riferito), ai fattori determinanti (se ha determinare ciò che ha percepito hanno concorso la forma, la sensazione di movimento, il chiaroscuro o il colore), al contenuto e alla loro frequenza rispetto alla popolazione.

La *localizzazione* si riferisce alla parte della macchia a cui si associa la risposta. Il soggetto potrà servirsi della macchia nel suo complesso (risposte globali) o di un suo dettaglio che potrà essere grande, piccolo, insolito o uno spazio di dettaglio bianco.

L'interpretazione del *contenuto* si riferisce infine a ciò che viene percepito. Le categorie di contenuto riguardano figure umane, animali, oggetti, piante, carte geografiche, nuvole, sangue, raggi X, contenuti sessuali, simboli, ecc.

L'ulteriore analisi è in relazione al numero delle risposte che rientrano nelle diverse categorie e alla loro percentuale sul totale delle risposte, nonché ai rapporti e alle intercorrelazioni esistenti tra le categorie stesse.

Questa analisi, detta formale, costituisce la parte più importante alla quale fa da complemento una successiva analisi contenutistica e qualitativa che utilizza scale di valutazione, precostituite in funzione delle dimensioni della personalità da rilevare.

Tra gli esempi di interpretazione impiegata comunemente per i risultai ottenuti nelle risposte di Rorschach, vi è l'associazione tra le risposte di carattere globale e il pensiero concettuale, tra le risposte di colore e l'emotività, e tra quelle che si riferiscono al movimento e alla attività immaginativa grado di empatia e insight. La valutazione del test è tuttavia molto complessa verte sull'analisi delle siglature e dei complessi rapporti tra di esse, ricavando un elevato numero di informazioni sulla personalità del soggetto. Dalla prima formulazione del metodo da parte dello stesso Rorschach nel tempo si sono sviluppate scuole di pensiero differenti sia in Europa (Loosli Usteri, Bhom, Mons, etc…) che negli Stati Uniti (Klopfer, Hertz Beck, Piotrowsky, Rapaport). Queste ultime sono più recentemente state riassunte nel Sistema Comprensivo di Exner che attualmente rappresenta il metodo più condiviso nella comunità scientifica. Anche psicologi di orientamento psicoanalitico si sono occupati nella storia dell'utilizzo del test di Rorcshach sviluppando strumenti interpretativi del contenuto particolarmente orientati alla studio del processo primario e dei meccanismi di difesa.

Test di Appercezione Tematica (T.A.T.)

Il Thematic Apperception Test (TAT) è un test di personalità di tipo proiettivo elaborato nel 1938 da Henry Murray. L'esaminatore sottopone al soggetto alcune tavole comprese in una serie completa di 20, raffiguranti disegni in bianco e nero riferite alcune a situazioni di vita quotidiana, altre a situazioni insolite ed una tavola completamente bianca.

Al momento della consegna viene chiesto al soggetto di inventare una storia riferendosi al disegno raffigurato in ogni tavola, invitandolo ad indicare quali precedenti hanno condotto alla vicenda, a descrivere ciò che avviene in quel momento, i sentimenti e i pensieri dei personaggi e a prevedere il finale della storia. Nella tavola bianca il soggetto deve immaginare la riproduzione di un qualsiasi disegno, deve descriverlo e raccontare una storia ad esso compatibile. La tecnica originale, delineata da Murray, richiede due sedute di un'ora ciascuna in cui vengono utilizzate dieci tavole. Quelle destinate alla seconda seduta sono deliberatamente scelte in modo da comprendervi i disegni più insoliti, drammatici e bizzarri.

Nell'interpretazione delle storie l'esaminatore fa riferimento in primo luogo all'individuazione del protagonista (il personaggio dell'uno o dell'altro sesso con cui il soggetto si è presumibilmente identificato), alla sua vicenda e alle sue relazioni.

Disegno della Figura Umana (DAP)

Il test è legato storicamente ai nomi di Machover e Goodenough che hanno fornito contributi determinanti al suo sviluppo e alla sua interpretazione. Si tratta di invitare il soggetto a disegnare una figura umana e, in seconda somministrazione, a disegnare la figura di sesso opposto a quella che ha già fatto. Successivamente sulle immagini sono raccolte informazioni utilizzando una intervista strutturata. Una estensione del test consiste nel far disegnare anche una famiglia, sulla quale poter derivare informazioni di livello relazionale di base. Il test è particolarmente impiegato in età evolutiva ma trova applicazione anche nella prima età adulta.

3.4 Le scale di valutazione del comportamento

Le scale di valutazione consistono in protocolli di rilevazione quantitativa ed obiettiva e standardizzata di un campione di comportamento osservato**.** Molto utilizzate in psicologia clinica e in psichiatria per la rilevazione di segni e sintomi di disturbi mentali ma anche il livello di autosufficienza nei soggetti anziano o disabili e il grado di adattamento sociale del paziente.

Global Assessment of Functioning scale (GAF)

Derivata da successive modifiche di precedenti scale è stata inclusa nella clssificazione internazionale dei distiurbi mentali D.S.M. dalla versione III-r in poi. La versione D.S.M. classifica con un punteggio da 0 a 100 il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo lungo un ipotetico continuum salute-malattia mentale.

Diagnostic Interview for Borderline patient (D.I.B)

Tra le scale di valutazione escusivamente dedicate alla rilevazione delle manifestazioni di un disturbo specifico, questa è forse la più utilizzata a supporto della diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. Ideata da Gunderson, si compone di cinque sottoscale che esplorano l'adattamento sociale, i comportamenti impulsivi, i processi affettivi, le manifestazioni psicotiche e le relazioni interpersonali dei pazienti. Il punteggio totale è confrontato con un cut-off pari a sette, al di sopra del quale, è stimata probabile la diagnosi di questo disturbo di personalità

Activity of Daily Living (A.D.L) e Instrumental Activity of Daily Living (I.A.D.L)

Queste scale rilevano il grado di capacità del paziente nel mantenersi autosufficiente in attività di vita quotidiana che vanno da compiti elementari come l'igiene personale e l'alimentazione a compiti più complessi come l'uso del denaro o l'autonomia negli spostamenti.

.

4. La consulenza in reparto

Dopo aver descritto i metodi di valutazione in psicologia clinica (colloquio, osservazione del comportamento e test psicologici) riportiamo uno schema di trascrizione di una consulenza in reparto, a titolo esemplificativo di come i contributi dei diversi metodi concorrono si integrano per fornire una descrizione complessiva sintetica delle condizioni del paziente. Occorre tener presente che questo tipo di consulenza richiede sia capacità analitiche riguardo i vari aspetti che concorrono a determinare il quadro clinico sia capacità descrittive sintetiche, oltre che di operare in tempi relativamente brevi e in circostanze spesso limitanti:

➢ MOTIVO, RICHIESTA E FINALITA'

- La consulenza è stata richiesta telefonicamente (per iscritto/via fax/a mano/telefonicamente) dai colleghi di reparto che avrebbero rilevato …(decsrizione del comportamento del paziente)
- Il paziente e' stato condotto a questo reparto da parenti/ dal118/ si è recato autonomamente
- Eventualmente: con il paziente sono stati eseguiti test psicologici, dietro propria (o altrui) richiesta, a fini clinici (o medico legali) per una valutazione di personalità e/o di efficienza cognitiva

➢ STATUS (segni obiettivi: vedi il paragrafo sull'esame psichico)

➢ SINTOMATOLOGIA

Il paziente riferisce…(sintomi prevalentemente soggettivi)

➢ EVENTI PSICOSOCIALI STRESSANTI

In questo periodo e/o poco prima del ricovero il paziente ha subito …(eventi psicosociali stressanti)

➢ RILIEVI ANAMNESTICI PRINCIPALI

Traumi pre peri e post natali con esiti, separazioni o lutti nella famiglia d'origine, pregressi disturbi mentali, TS, etc..

➢ EVENTUALI RISULTATI DI PRECEDENTI ESAMI CLINICI E TERAPIE

Risultati di eventuali analisi cliniche e strumentali e, se somministrato un test, breve relazione dei risultati

➢ DIAGNOSI E INTERVENTI

- Ipotesi diagnostica
- Prescrizioni: si consiglia terapia farmacologica con…/assistenza psicologica o sociale.
- Provvedimenti di contenimento o sorveglianza: proposta di TSO; trasferimento di reparto; piantonamento sanitario, consiglio di stretta osservazione del paziente da parte del personale sanitario.
- Accorgimenti per le dimissioni: invio del paziente al servizio territoriale competente/altro

5. I Criteri di norma psichica

Per le caratteristiche intrinseche della disciplina e dell'oggetto di studio la definizione del concetto di normalità psichica appare sicuramente più complessa rispetto a qualsiasi altra branca della biologia e della medicina. Il criterio intuitivo che le persone involontariamente usano quando, giudicano matto un passante, vestito in modo bizzarro che impreca a voce alta gesticolando vistosamente, si rifà al concetto di frequenza: il comportamento è valutato patologico quando appare molto strano, insolito, appunto molto infrequente da osservare. In effetti Il primo criterio di normalità psichica che viene utilizzato in psicologia clinica è definito come criterio di norma statistica secondo il quale può definirsi anormale un comportamento estremamente infrequente. Ma l'impiego di tale criterio da solo comporta i rischio evidente di considerare anormali individui semplicemente molto originali o particolari. Pertanto è necessario applicare, in aggiunta al primo, un secondo criterio di normalità definito come criterio di norma clinica secondo il quale è definibile come anormale quel comportamento che produce o esprime sofferenza nella persona che lo manifesta . Non è cioè sufficiente, per pensare ad una patologia, che l'individuo manifesti pensieri o azioni molto insoliti ma ne deve anche soffrire. Tuttavia neanche questo secondo criterio è esente da rischi poiché, seppure di rado, patologie psichiatriche come ad esempio una sviluppo ipomaniacale, possono in fase iniziale soprattutto, non determinare sofferenza o escludere la consapevolezza del paziente riguardo il proprio stato. Un terzo criterio detto di normalità funzionale si rende quindi necessario per definire anormale quel comportamento che interferisce gravemente con il buon funzionamento e l'adattamento sociale dell'individuo. Anche in questo caso non è possibile utilizzare da solo un criterio come questo perché esporrebbe, soprattutto se applicato in modo rigido, la popolazione ad una normalizzazione relativamente arbitraria dei comportamenti da parte di chi avrebbe il compito di stabilire quale possa essere considerato un buon funzionamento della persona, all'interno della propria collettività. E' perciò evidente che la migliore possibilità di definizione della normalità è rappresentato dall'utilizzazione di tutti tre criteri associati tra loro come una sorta di griglie sovrapposte che assicurino da un lato la possibilità di non trascurare comportamenti che indicano patologie e dall'altro la stima errata di condizioni mentali patologiche in persone invece del tutto normali.

LE PSICOTERAPIE

1. **Introduzione**

La storia della psicoterapia inizia intorno al 1880 con il lavoro di Sigmund Freud, il quale insieme a Josef Breuer, a partire dal caso di una giovane donna affetta da isteria, formulò una teoria della psicoterapia in termini di scarica di emozioni represse. Dall'epoca della cosiddetta talking cure fino al 1939, Freud continuò ad elaborare ipotesi sulla struttura e le dinamiche della personalità umana, sulla natura della psicopatologia e del trattamento psicologico.

Attualmente gli orientamenti psicoterapeutici maggiori, a cui le svariate forme di psicoterapia comunemente praticate fanno riferimento, sono riassumibili in tre raggruppamenti: quello psicoanalitico, quello cognitivo e comportamentale, quello umanisitico e esistenziale. Ognuno di questi differenti orientamenti ha una teoria della natura dell'uomo e dello sviluppo della sua personalità peculiare e specifico.

2. **Tipologie e metodi (individuali e di gruppo, d'emergenza, brevi e a lungo termine)**

Le diverse tipologie di psicoterapia si avvalgono di strumenti e metodi che risultano adatti per diverse tipologie di pazienti o diversi momenti del percorso di cambiamento del paziente, o anche per diversi aspetti del processo di cura.

Nella psicoterapia individuale il setting si struttura attorno a due persone, il paziente e il terapeuta. Negli ultimi cinquant'anni vi è stata una significativa accettazione del concetto che la stessa relazione terapeutica ha una funzione curativa indipendentemente dal suo ruolo nel promuovere l'insight. Loewald nel 1957 notava che il processo di cambiamento è promosso non semplicemente dalle capacità tecniche del terapeuta, ma dal fatto che egli si rende disponibile, nel rapporto, per lo sviluppo di nuove e migliori modalità relazionali da parte del paziente.

Nel corso della terapia alcuni cambiamenti si verificano nell'ambito di una conoscenza procedurale, che riguarda il modo in cui il paziente, come persona, si comporta, si sente e si pensa in un particolare contesto relazionale. In effetti la psicoterapia può anche essere considerata come l'esperienza di una nuova relazione di attaccamento che ristruttura i contenuti disfunzionali nella memoria implicita del paziente legata agli attaccamenti con le figure fondamentali nella sua storia.

Nella prassi psicoterapeutica, in effetti, molti aspetti e momenti di incontro tra terapeuta e paziente si verificano al di fuori dell'ambito tecnico.

La psicoterapia di gruppo tratta prevalentemente gruppi che sono formati da 8 a 10 pazienti. Si ritiene che i gruppi omogenei per classi di disturbi mentali e/o fasce di età presentino più vantaggi dei gruppi eterogenei: molti autori ritengono anche che i gruppi dovrebbero essere eterogenei per quanto concerne i conflitti dei membri ma omogenei per quanto riguarda i livelli di forza dell'Io.

Questo tipo di intervento consente la formazione di molteplici transfert (per la sua definizione vedi il paragrafo successivo sul transfert): il terapeuta ha a disposizione così una sorta di laboratorio dove le diverse relazioni oggettuali interne dei pazienti si manifestano in modo da essere visibili a tutti, attraverso l'esteriorizzazione nelle relazioni con i singoli membri del gruppo. Il transfert in una terapia di gruppo può essere anche intensificato, quando il gruppo viene travolto da potenti sentimenti di valenza sia positiva che negativa; anche il controtransfert può essere intenso in un setting di gruppo.

Quando, in casi particolari, le due modalità, individuale e di gruppo, sono associate, si verificano effetti di potenziamento e di amplificazione: gli effetti di potenziamento della terapia di gruppo sono l'esplorazione di transfert multipli e l'offerta di un setting in cui il paziente può sperimentare nuovi comportamenti.

La terapia di gruppo è più efficace nei disturbi di personalità di alto livello (pazienti isterici, ossessivo-compulsivi, alcuni pazienti narcisistici, passivo-aggressivi e dipendenti): il setting di gruppo può essere l'unico luogo dove questi pazienti possono ricevere un feed-back sugli effetti che i loro modelli caratteriali hanno sugli altri, acquisendo così una sufficiente motivazione a cambiare.

La nostra conoscenza delle forze operanti nei gruppi deriva in parte dal lavoro di W.Bion. Dopo la Seconda Guerra Mondiale, Bion iniziò a condurre dei piccoli gruppi alla Tavistock Clinic di Londra, estrapolando dalle sue osservazioni alcuni concetti generali che riguardano tutti i tipi di gruppi: Bion scoprì che alcuni assunti di base possono essere preziosi per capire il ruolo che ciascun componente assume all'interno del gruppo. Gli assunti di base si riferiscono alle fantasie inconsce che spingono i gruppi a comportarsi in maniera 'come-se' e rientrano in tre categorie: dipendenza, attacco/fuga e accoppiamento. Andando avanti con il suo lavoro, Bion definì gli assunti di base come agglomerati di difese contro angosce psicotiche presenti in tutti i partecipanti.

Gli psicoterapeuti di gruppo devono essere costantemente attenti allo sviluppo di assunti di base nei loro gruppi, in modo da poterli interpretare ed esaminare prima che divengano troppo distruttivi rispetto al compito del gruppo.

Il lavoro di S. H. Foulkes costituisce, insieme alle intuizioni di W. R. Bion, la base della gruppoanalisi moderna. La gruppoanalisi nasce come terapia psicoanalitica applicata al piccolo gruppo, la sua base teorica parte dalla considerazione che la storia della vita umana è dalle sue

origini storia di vita in gruppo: nella sua formazione individuale il bambino è immerso nel gruppo familiare (rete primaria) che a sua volta è inserito nel più ampio gruppo sociale.

Secondo Foulkes possiamo distinguere tre livelli di pensiero: un livello di pensiero intrapsichico, un secondo livello interpersonale, derivante dalle relazioni più strette, e un terzo costituito dalla cultura , dalle tradizioni, dalle eredità anche genetiche e definito come transpersonale.

Dopo i primi incontri del gruppo comincia a delinearsi una particolare struttura di comunicazioni ed emozioni, la "matrice dinamica", la quale è propriamente uno dei livelli oggetto dell'analisi del terapeuta, insieme alle dinamiche transferali attivate nei singoli. Sul piano tecnico, nelle sue linee di base, la metodologia è simile a quella del setting duale psicoanalitico. E' fondamentale la percezione e l'analisi del proprio contro-transfert.

La terapeuticità del gruppo secondo Foulkes (1964) si verifica grazie ai seguenti processi: la socializzazione, la reazione speculare (l'acquisizione della consapevolezza che altri soffrono come o più di me), la comunicazione inconscia e la funzione condensante, lo scambio delle modalità psichiche utilizzate per la gestione del disagio.

La psicoterapia familiare nasce negli anni '50 e '60 da un gruppo di ricercatori di Palo Alto, tra i quali Gregory Bateson, Don Jackson e Jay Haley: la terapia familiare sistemica nacque dal lavoro di questo gruppo che spostò l'accento dall'individuo al sistema familiare.

All'interno del modello sistemico relazionale la famiglia è vista come unità, come un sistema con vita e regole proprie. In questo approccio, che è strettamente cognitivo, il paziente non viene incoraggiato ad esprimere i propri sentimenti e le tematiche transferali non vengono interpretate; quando i pazienti hanno acquisito una comprensione intellettuale degli schemi impliciti della propria famiglia e ne hanno preso consapevolezza, vengono sollecitati ad affrontare con i familiari le tematiche non risolte.

Tra le terapie familiari ad approccio psicodinamico, la terapia della famiglia basata sulla teoria delle relazioni oggettuali si basa sull'osservazione di Henry Dicks, secondo cui il matrimonio farebbe regredire gli individui verso modalità di relazione come quella tra genitore e bambino portando i coniugi a rimettere in atto nel presente una relazione del proprio passato. Secondo questo approccio le coppie si formano sulla base del desiderio inconscio di rivivere una modalità di relazione nota e quindi rassicurante, sebbene disfunzionale. L'obiettivo della terapia è in questo caso il riconoscimento e la ricostruzione del proprio modello di investimenti oggettuali, proiettato e frammentato verso l'esterno, e il suo aggiustamento verso scelte di vita più libere e consapevoli.

3. Psicoterapie psicoanalitiche: teorie e metodi

Freud e Breuer formularono una teoria sull'isteria e sulla psicoterapia che si basa sull'espressione, o scarica, delle emozioni la cui manifestazione è stata bloccata e il cui affetto può avere preso un corso deviato e aver dato origine a sintomi isterici. I due studiosi scoprirono che sotto ipnosi il processo può essere rovesciato, attraverso il richiamo dell'esperienza originaria e dei sentimenti ad essa associati, e che in questo modo i sintomi scompaiono.

Negli Studi sull'isteria Breuer e Freud individuano l'origine della nevrosi nelle prime esperienza affettive. Una particolare importanza viene attribuita ai sentimenti di cui il paziente non è consapevole: alcune forze impediscono il riconoscimento degli affetti penosi (difese, resistenze) mentre altre tengono questi sentimenti lontani dalla coscienza (repressione); la reazione reciproca di entrambe dà origine al comportamento manifesto del paziente. Nello stesso saggio del 1985 venne formulata l'ipotesi dell'importanza della relazione terapeuta-paziente e l'elaborazione del concetto di "transfert"

La psicoanalisi classica ha come obiettivo la liberazione dei sintomi e la ristrutturazione della personalità, attraverso l'esplorazione e la risoluzione dei problemi affettivi risalenti all'infanzia del paziente. Le componenti della tecnica psicoanalitica classica sono:

- l'alleanza di lavoro;
- la produzione del materiale (i derivati dell'inconscio: sintomi, acting-out, lapsus, libere

associazioni; le reazioni transferali; le resistenze);

- le tecniche analitiche (l'analisi del materiale: rilevazione, chiarificazione, interpretazione, elaborazione):
- le tecniche non analitiche (abreazione, suggestione e rassicurazione, manipolazione).

Secondo Greenson, in altri termini, lo scopo consiste nel "rimettere in contatto l'Io cosciente con quelle part del Super-Io, dell'Es e dell'Io inconscio che erano state escluse dai processi maturativi della parte sana della personalità" a causa di percezioni traumatiche o di conflitti eccessivi per intensità e durata durante l'età evolutiva. Il lavoro comprende l'analisi dei cosidetti derivati dell'inconscio: sintomi, sogni, lapsus, contenuti espressi mediante libere associazioni. Comporta durante il percorso l'analisi dei fenomeni di resistenza e di transfert. Si protrae per un lungo tempo attraverso sedute molto ravvicinate. La conduzione dell'analisi del transfert, l'intensità e la durata dei rapporti terapeutici sono tra i fattori che distinguono la psicoanalisi classica dalla psicoterapia breve orientata psicoanaliticamente. La prima può comportare da 2 a 4 sedute settimanali, di un'ora ciascuna, per diversi anni.

Il processo di riorganizzazione della personalità corrisponde ad apprendere una nuova lingua per sostituire la lingua madre; lo sviluppo implica una sempre maggiore libertà ed integrazione dagli istinti primitivi e comporta una maggiore capacità di autonomia. Affrontando il contrasto tra le esigenze biologiche e le esigenze della realtà sociale (principio di piacere e principio di realtà) e interiorizzando le aspettative dei genitori e della società, si formano io, super-io e i meccanismi di difesa. La nevrosi si sviluppa a partire da esperienze infantili che indeboliscono le difese e quindi lasciano maggiore spazio alle esigenze istintive, le quali esercitano una maggiore pressione. Una quota massiccia di ansia di solito segnala che i meccanismi di difesa lavorano in maniera deficitaria e che la personalità è stata esposta maggiormente alla pulsioni.

Il compito principale della terapia psicoanalitica è quello di rafforzare l'ego e di ridurre la pressione degli impulsi repressi, in modo da lasciare al paziente la libertà di vivere la propria vita.

Inizialmente Freud formulò la catarsi e l'abreazione affettiva come principali strumenti di cura, successivamente questi furono sostituiti dall'introspezione.

Complessivamente si possono indicare quali fattori terapeutici di una terapia orientata psicoanaliticamente sono:

- l'interpretazione;
- l'esperienza emozionale correttiva, o ripetizione corretta delle esperienze emozionali, o esperienza di accettazione incondizionata;
- catarsi;
- sostegno o rassicurazione;
- chiarificazione contro il disorientamento della crisi;
- cambiamento stabile delle abitudini attraverso la rielaborazione e il rinforzo esterno;
- esperienza correttiva della separazione.

La psicoterapia che si è modellata sui principi tecnici della psicanalisi classica è stata definita in molte differenti maniere. Questa forma di trattamento, tesa all'analisi delle difese e allo svelamento del materiale dinamicamente rimosso nell'inconscio, è stata tradizionalmente considerata completamente diversa da quella conosciuta con il nome di psicoterapia supportiva, o di sostegno, più orientata a reprimere il conflitto inconscio e a rafforzare le difese. Al termine di uno studio condotto nel 1986 su quarantadue pazienti nel corso del Menninger Foundation Psychotherapy Research Project, Wallerstein ha stabilito che tutte le forme di psicoterapia contengono un misto di elementi espressivi e supportivi. Com'è stato notato da Wallerstein: "Tutta la terapia appropriata è sia espressiva che supportiva (in modi diversi), e la domanda presente in ogni momento di ciascuna terapia dovrebbe riferirsi a come e quando esprimere, e a come e quando sostenere."

La forze che stanno dalla parte dello psicoanalista e dei procedimenti terapeutici possono essere riassunti come segue:

- La sofferenza nevrotica, che spinge il paziente al lavoro analitico, per quanto penoso;
- L'Io razionale e cosciente, che si prefigge mete a lunga scadenza e comprende l'elemento

essenziale della terapia;
- L'Es, il rimosso ed i loro derivati, tutte quelle forze interne alla ricerca di una scarica, che si manifestano nelle produzioni del paziente;
- L'alleanza di lavoro, che permette al paziente di collaborare con il terapeuta;
- Il transfert positivo deistintualizzato, che consente al paziente di idealizzare l'analista;
- Il Super-Io razionale che spinge il paziente ad assolvere ai suoi doveri;
- La curiosità e il desiderio di conoscersi;
- L'ambizione di acquisire vantaggi di tipo professionale;
- Fattori irrazionali, quali sentimenti competitivi nei confronti di altri pazienti;

Le forze che si oppongono ai procedimenti analitici sono:
- Le manovre difensive dell'Io inconscio, che sono i modelli delle operazioni di resistenza;
- La paura del cambiamento e la ricerca di sicurezza, che costringono l'io infantile ad appoggiarsi alle note modalità nevrotiche;
- Il Super-Io irrazionale, che esige la sofferenza come espiazione del sentimento inconscio di colpevolezza;
- Il transfert ostile, che porta il paziente a voler sconfiggere il terapeuta;
- Il transfert sessuale o amoroso, che provoca gelosia e frustrazione;
- Impulsi sadici e masochistici che portano il paziente a cercare cari tipi di soddisfacimento doloroso;
- La tendenza ad abbandonarsi agli impulsi e all'acting-out, che spingono il paziente a cercare gratificazioni immediate e contrarie alla conoscenza di sé;
- I vantaggi secondari della malattia nevrotica, che inducono il paziente ad aggrapparsi alla sua nevrosi.

Tab.2 Indicazioni per un'enfasi espressiva o supportiva nella psicoterapia

Espressivo	Supportivo
Forte motivazione a comprendere	Significative e croniche carenze dell'Io
Sofferenza significativa	Grave crisi esistenziale
Capacità di regredire al servizio dell'Io	Bassa tolleranza dell'angoscia
Tolleranza della frustrazione	Bassa tolleranza della frustrazione
Capacità di insight (mentalità psicologica)	Assenza di mentalità psicologica
Intatto esame di realtà	Inadeguato esame di realtà
Relazioni oggettuali significative	Relazioni oggettuali gravemente difettose
Buon controllo degli impulsi	Scarso controllo degli impulsi
Capacità di mantenere un lavoro	Scarsa intelligenza
Capacità di pensare in termini di analogia e di metafora	Scarsa capacità di auto-osservazione
Risposte riflessive a tentativi di interpretazione	Disfunzione cognitiva su base organica
	Tenue capacità di formare un'alleanza terapeutica

Da un punto di vista storico, l'insight e la comprensione sono sempre stati considerati gli obiettivi finali della psicoanalisi e della psicoterapia secondo principi psicoanalitici.

Mentre la maggior parte degli psicoanalisti persegue i propri obiettivi attraverso l'insight e l'alleanza terapeutica, esiste una certa differenza tra loro sull'aspetto terapeutico a cui viene data una maggiore enfasi (risoluzione del conflitto attraverso l'interpretazione; sviluppare l'autenticità o il vero Sé; ricerca della verità su di sé; capacità di riflettere sul proprio mondo interiore).

L'alleanza terapeutica

I terapeuti devono aiutare i loro pazienti a identificare precocemente gli obiettivi terapeutici, e devono quindi allearsi con gli aspetti egoici sani del paziente che mirano al raggiungimento di tali obiettivi. Freud era consapevole che in genere i pazienti non erano in grado di usare la comprensione derivante dall'interpretazione, a meno che prima non si fosse stabilito un rapporto adeguato. Questo rapporto relativamente non conflittuale e razionale che il paziente ha con l'analista fu definito da Greenson alleanza terapeutica. Essa riguarda la capacità del paziente di collaborare in maniera produttiva con il terapeuta.

Libera associazione

Compito centrale della psicoanalisi è quello di rendere consapevoli desideri e conflitti inconsci e nascosti, che sono alla base di sintomi e comportamenti attuali.

Nella situazione psicoanalitica le libere associazioni sono la principale modalità con la quale il paziente comunica con l'analista. Il paziente viene incoraggiato a ridurre il controllo cosciente e a dire tutto quello che gli viene in mente, senza censurarlo; si cercherà di escludere ogni stimolo che distragga o interferisca con il completo rilassamento. Il fine è di portare alla luce i desideri e i conflitti inconsci alla base dei sintomi. Le comunicazioni in questo modo sono più vicine al processo primario, tipico della coscienza infantile e dei sogni. Anche le divagazioni, i blocchi, i silenzi, la tendenza a dilungarsi su particolari privi di particolare significato, lasciano emergere significati o motivazioni nascoste; in particolare la resistenza rappresenta una forza che si oppone al miglioramento terapeutico e che tende al mantenimento delle condizioni attuali.

Nelle terapie più espressive, analizzare e comprendere le resistenza è una parte fondamentale del lavoro quotidiano del terapeuta. Le resistenze sono spesso manifestazioni di strutture difensive che devono essere sostenute nel corso della terapia. Il terapeuta può in certi casi incoraggiare una resistenza, indicando al paziente come certe questioni siano troppo sconvolgenti per essere discusse e cercando di differirle a un momento più adatto.

Interpretazione

Insieme alla libera associazione e all'analisi del transfert, l'interpretazione rappresenta il fulcro della tecnica psicoanalitica, ed è utilizzata in maniera rilevante in tutte le psicoterapie a orientamento psicodinamico.

L'obiettivo dell'interpretazione è raggiungere la consapevolezza dei significati inconsci, delle cause e degli schemi di funzionamento del paziente. Bersaglio principale di questa tecnica sono le resistenze e le manovre difensive, con cui il paziente cerca di eludere la conoscenza di sé e la crescita.

Le interpretazioni devono essere appropriate, in quanto a profondità e tempismo: se l'intervento del terapeuta è percepito come una chiarificazione genera una sensazione di essere compreso e di sollievo, la difesa di allenta e l'impulso viene riconosciuto.

Analisi dei sogni

In psicoanalisi e nelle forme di terapia altamente espressive, l'interpretazione dei sogni è considerata da Freud *la via regia alla conoscenza dell'inconscio*.

Nel sonno i normali controlli sono sopiti, e di conseguenza i processi inconsci operano più liberamente.

Nella psicoanalisi classica i pazienti sono incoraggiati a ricordare e a raccontare i loro sogni, che vengono poi analizzati: i temi e le immagini dei sogni vengono esplorati e usati come stimoli per le libere associazioni. I significati devono essere estrapolati attraverso domande, deduzioni e interpretazioni, dato che un processo di censura trasforma i desideri e i conflitti inconsci in immagini apparentemente meno disturbanti.

Nelle psicoterapie più sul versante supportivo, il terapeuta ascolta attentamente il sogno del paziente e pensa a esso nello stesso modo in cui farebbe un terapeuta a orientamento espressivo. Il terapeuta limita, tuttavia, gli sforzi, a 'interpretazioni verso l'alto', che aiutano il paziente ad associare il sogno con atteggiamenti e sentimenti coscienti nei confronti

dell'analista inteso come persona reale e di altre situazioni di realtà nelle vita di veglia.

Transfert

Il transfert consiste nel provare verso una persona del presente sentimenti, pulsioni, atteggiamenti, fantasie e difese che non si riferiscono a questa persona ma che sono ripetizioni inconsapevoli, mediante spostamento, di originarie reazioni nei confronti di persone significative del passato

L'analisi del transfert è il cuore della terapia psicoanalitica. Freud a un certo punto si accorse che i pazienti tendevano a sviluppare dei sentimenti personali e molto intensi nei confronti degli analisti, che erano giustificabili da ciò che il terapeuta faceva realmente.

Il transfert positivo è costituito da sentimenti di ammirazione, rispetto e amore,mentre il transfert negativo da odio, disprezzo e rabbia. Freud dedusse che tali sentimenti tornavano da esperienze infantili fatte con persone significative, e che gran parte di questi erano stati fino a quel momento soppressi o repressi. Freud individuò in queste reazioni un importante veicolo di trasformazione terapeutica, riconducendo sentimenti importanti e non risolti del passato direttamente nell'attualità presente, dove così possono essere compresi e risolti. In particolare nei nevrotici la tendenza a costruire rapporti del presente in termini di esperienze ed aspettative passate è molto forte, insieme alla presenza di bisogni molto intensi e rigidi che condizionano il rapporto con la realtà presente.

Ogni relazione nel setting clinico è l'insieme di un rapporto reale e di un fenomeno transferale.

Alcuni psicoanalisti sostengono che vi sono due dimensioni nel transfert:

-una dimensione ripetitiva, in cui il paziente teme e si aspetta che l'analista si comporti come facevano i genitori;

-una dimensione da oggetto-Sé, in cui il paziente desidera fortemente un'esperienza risanante o correttiva che è mancata nella sua infanzia.

Questi aspetti del transfert oscillano tra il primo piano e lo sfondo dell'esperienza del paziente.

I problemi dei quali il paziente si lamenta si manifesteranno prima o poi nella relazione con il terapeuta. Il transfert nella psicoterapia psicoanalitica è considerato materiale terapeutico che va compreso. Viene fatto un tentativo di determinare quale relazione del passato venga ripetuta nel presente e quale contributo le proprie caratteristiche reali possono avere fornito alla situazione. L'obiettivo ultimo è quello di dimostrare l'irrilevanza dei comportamenti transferali rispetto ai bisogni attuali del paziente.

Controtransfert

Il controtransfert nel terapeuta e il transfert nel paziente sono sostanzialmente processi identici, ciascuno esperisce inconsciamente l'altro come qualcuno del proprio passato, la differenza consiste nel modo in cui i sentimenti vengono gestiti nell'incontro terapeutico: mentre il transfert viene discusso e analizzato come parte del processo terapeutico, il controtransfert viene monitorato dalla costante vigilanza interna dello psichiatra.

La reazione di controtransfert nel terapeuta è creata congiuntamente in parte dai contributi del passato del terapeuta, e in parte dai sentimenti indotti dal comportamento del paziente, ed è contemporaneamente una sorgente di informazioni preziose sul mondo interno del paziente che un'interferenza con la terapia.

La resistenza

Manifestazioni diverse di resistenza possono essere il silenzio, la posizione del paziente, la fissazione su un determinato periodo, il parlare di eventi banali o esterni, l'evitamento di certe tematiche e argomenti, la rigidità. Esempi di resistenza sono tipicamente i ritardi, le sedute mancate, le dimenticanze nei pagamenti, la mancanza di sogni, la noia del paziente, i segreti, gli acting-out, frequenti sedute di tono allegro.

Riconosciuta la resistenza, è necessario lavorare con essa: il terapeuta deve far notare la resistenza al paziente (permettere che la resistenza diventi evidente, aspettare che si ripeta in

diverse occasioni; intervenire in modo da intensificare la resistenza); chiarirne i motivi e le modalità (quale specifico induce il paziente a resistere, quale particolare pulsione ne è la causa, di quale metodo o modalità specifica si serve il paziente per esprimerla); interpretarla (quali ricordi o fantasie provocano gli impulsi e gli affetti che stanno dietro la resistenza, ricostruire la storia di questi affetti); interpretarne le modalità di espressione (indagare sulla specifica modalità di azione nella vita presente e passata), elaborare la resistenza (attraverso ripetizioni dei punti precedenti).

La psicoanalisi è la teoria della personalità, della psicopatologia e del trattamento psicoterapeutico forse più articolata: prende in considerazione gli aspetti storici ed evolutivi, inconsci, della vita umana, individuando le radici del comportamento nelle esperienze della prima infanzia.

La psicoanalisi si propone di ricostruire la personalità allo scopo di restituire ai pazienti la libertà di vivere in modo autonomo e produttivo. È adatta per un pazienti relativamente giovani, dotati di buona intelligenza, capaci di introspezione e auto-esame, fortemente motivati al cambiamento.

Adler e Jung , tra i primi e più stretti collaboratori di Freud, si differenziarono da lui prendendo direzioni anche molto diverse: A. Adler si interessò alle intenzioni personali coscienti, ai comportamenti adattivi, elaborando una psicologia individuale; C. G. Jung elaborò la psicologia analitica spingendosi ancora più in profondità verso le fantasie inconsce e i simboli che appartengono alla storia dell'umanità, considerando l'inconscio un serbatoio di potenziale creativo e non solo di impulsi primitivi.

Otto Rank accentuò l'importanza attribuita alla relazioni interpersonali; W. Reich si occupò dei blocchi e della liberazione della libido.

Successivamente, un gruppo di psicoanalisti si distaccarono dal biologismo della teoria delle pulsioni istintuali, concentrandosi sull'importanza delle determinanti psico-sociali e culturali del comportamento umano. Questo gruppo, sviluppatosi in America, era più vicino al funzionalismo americano, e valorizzava la plasticità psichica, l'individualità e le possibilità di cambiamento. Tra i cosiddetti neofreudiani ricordiamo Sullivan, Fromm-Reichmann e Fromm.

Uno sviluppo più aderente alla psicoanalisi freudiana è quello della Psicologia dell'Io. Anche gli esponenti di questa corrente ritengono che la psicoanalisi valorizzi eccessivamente la sfera dell'inconscio, a discapito dell'Io. Secondo Hartmann, l'Io si caratterizza non solo come fattore di riduzione della conflittualità tra inconscio e ambiente, ma anche per alcune funzioni non conflittuali , come ad esempio percezione e memoria, impiegati nei processi adattivi. A questo gruppo appartengono, oltre H. Hartmann, anche R. Lowenstein, E. Kris, D. Rapaport, G. Klein, A. Freud, E.Erikson.

Dalla fusione, avvenuta nel tempo, delle concezioni degli psicologi dell'Io e dei neofreudiani, si è sviluppata la cosiddetta psicoterapia a orientamento psicoanalitico, la quale si muove nel contesto generale della teoria psicoanalitica, utilizzandone i concetti di difesa, resistenza e transfert ma facendo un minore uso dell'associazione libera e dell'analisi dei sogni.

<u>Psicoterapia psicodinamica breve</u>

Introduzione e storia

Le tecniche di terapia breve sono state elaborate tra la fine degli anni '50 e i primi anni '60 ,per ovviare alle lunghe file d'attesa che si venivano a creare nei centri di psicoterapia,come alternativa meno costosa alla psicoterapia analitica a lungo termine.

La psicoterapia breve si è dimostrata ad oggi non soltanto efficace con sintomi lievi e di recente comparsa, ma anche con disturbi abbastanza gravi; inoltre è spesso l'unica forma di trattamento psicoterapeutico che il paziente accetta. È altresì un metodo specifico per trattare conflitti comparsi successivamente a un andamento evolutivo sufficientemente favorevole, ove la psicoterapia a lungo termine viene di preferenza utilizzata con pazienti la cui psicopatologia coinvolge precoci disturbi dello sviluppo libidico e della rappresentazioni del sé e dell'oggetto.

Estremamente utile per persone relativamente sane che affrontino un cambiamento evolutivo , come il trasferimento in un'altra città, l'inizio di un nuovo lavoro o la nascita del primo figlio, è maggiormente indicata per pazienti altamente motivati e dotati di una migliore organizzazione.

C'è da sottolineare anche i suoi parametri facilmente controllabili fanno della psicoterapia breve un utile mezzo di ricerca per studiare tutte le forme di psicoterapia.

La psicoterapia breve deve essere di natura focale, per poter procedere con essa è necessario che il paziente e il terapeuta identifichino il focus problematico all'interno della prima o della seconda seduta di valutazione.

Con il termine focus si intende un sintomo circoscritto o un'area delimitata di difficoltà la cui risoluzione soddisfi i bisogni attuali del paziente (qualora i problemi relativi al focus vengano risolti il paziente sentirà che la terapia ha raggiunto il suo scopo) e che abbia rilevanza dal punto di vista psicodinamico (sia costituito dalle manifestazioni attuali del conflitto nucleare del paziente).

Gli elementi che caratterizzano la psicoterapia breve sono:

- la limitazione del numero delle sedute: come regola generale, dura un minino di 2-3 mesi a un massimo di 5-6 mesi, e comporta una media di 10-20 sedute;
- l'atteggiamento attivo del terapeuta: per ridurre al minimo la passività del paziente e i fenomeni di regressione;
- l'attenzione selettiva: rinunciando ad analizzare la totalità del materiale prodotto dal paziente;
- la formulazione del progetto terapeutico: che deve essere il più possibile rigorosa;
- l'interpretazione di trasnfert: durante tutto il corso del trattamento, al fine di evitare lo sviluppo di una nevrosi di transfert.

La forza dell'Io costituisce un indice di idoneità alla terapia breve; esso è anche un importante fattore di valutazione, dato che proprio grazie alle tecniche di psicoterapia breve tale dimensione tende ad accumularsi ed accrescere. Sarebbe un grave errore impiegare con un paziente in psicoterapia breve interpretazioni superficiali o poco invasive, accettare comportamenti regressive o colludere con i bisogni di sostegno e contenimento.

Nel 1955 Micheal Balint ha fondato il Brief Psychotherapy Workshop della Tavistock Clinic di Londra, coordinato da Malan dal 1963 al 1982, che ha dato un enorme contributo di sistematizzazione tecnica e di valutazione dei risultati e ha dimostrato l'interesse del settore pubblico per questa forma di trattamento, per il suo favorevole rapporto tra costi e benefici.

L'interesse iniziale di Balint è stato soprattutto quello di insegnare una forma superficiale di psicoterapia a medici generici e di formare psicoterapeuti esperti, di orientamento analitico, nelle tecniche di psicoterapia breve. Malan ha lavorato molto con Balint alla messa a punto di tecniche di psicoterapia breve e alla formazione.

All'inizio del loro lavoro venivano cercati soggetti relativamente sani, con sintomi acuti, ma successivamente hanno cominciato a trattare persone con disturbi più gravi ed invalidanti. Benché le intenzioni iniziali fossero quelle di utilizzate trattamenti superficiali, presto i terapeuti si accorgevano di utilizzare interpretazioni più profonde e che i pazienti erano capaci di affrontarle.

Storia della tecnica

Nei casi descritti da Freud negli Studi sull'isteria, quello di Lucy R. aveva avuto una durata equivalente a quella di un'odierna psicoterapia breve, circa 1 volta a settimana per 9 settimane; inoltre molte delle tecniche usate per il metodo catartico fanno oggi parte delle tecniche di psicoterapia breve.

Negli Studi sull'isteria si possono rintracciare alcuni degli elementi essenziali della psicoterapia breve: la selezione dei pazienti in base alla loro intelligenza e motivazione al trattamento, un atteggiamento attivo da parte del terapeuta, la limitazione del trattamento a un'area circoscritta.

Successivamente Freud ha descritto la nuova tecnica delle associazioni libere, definendola molto superiore alla precedente, abbandonando definitivamente il metodo catartico: la rielaborazione della terapia psicoanalitica, soprattutto la diminuzione dell'attività del terapeuta e

delle tecniche di provocazione e di sostegno, e l'impossibilità introdotta dalle associazioni libere di focalizzare il trattamento su un solo aspetto delle produzioni del paziente, l'ha allontanata sempre di più dall'odierna psicoterapia breve. Le associazioni libere diventavano incompatibili con un terapeuta attivo; queste, insieme alla passività del terapeuta, causavano una regressione profonda che favoriva la nevrosi di transfert, che richiedeva tempo per essere analizzata ed è diventata uno strumento terapeutico tra i più importanti della terapia psicoanalitica. L'analisi delle difese e dei tratti del carattere, subentrato dopo lo sviluppo della psicologia dell'Io, ha aggiunto tempo ulteriore al trattamento.

Anche l'atteggiamento neutrale del terapeuta ha contribuito per il prolungarsi tempi della terapia: secondo Malan il terapeuta neutrale induce una sensazione di atemporalità che coinvolge entrambi i membri della coppia analitica, i quali sovente sono persuasi di poter continuare la terapia fino a che tutti i problemi sono risolti.

Tecnica

Secondo Malan la psicoterapia breve non dovrebbe essere limitata ai casi lievi; utilizzando tecniche valide e criteri di selezione adatti, questa forma di terapia può essere impiegata per un'ampia gamma di disturbi. Gli scopi della psicoterapia breve possono essere simili a quelli della psicoterapia a lungo termine: remissione o miglioramento dei sintomi, cambiamenti nella struttura del carattere e nei principali meccanismi di difesa.

Un paziente che mostra di avere avuto un buon funzionamento nella vita passata e in quella attuale, di aver avuto la stabilità emotiva necessaria per realizzarsi in ambito scolastico e professionale, di essere stata in grado si stabilire e mantenere uno stretto rapporto interpersonale, e di avere capacità intellettive per affrontare una psicoterapia volta all'insight, rivela di avere una forza dell'Io sufficiente per questa forma di trattamento. Perché un trattamento breve sia efficace, la vita attuale del paziente dovrebbe essere in un periodo di relativa tranquillità, per avere abbastanza tempo nelle sedute per affrontare i conflitti sottostanti.

La capacità di riflessione psicologica è un altro criterio di selezione per una qualsiasi terapia orientata all'insight: per misurarla è utile proporre delle interpretazioni di prova durante il periodo di valutazione, alle quali il paziente dovrebbe rispondere in modo sia intellettualmente che affettivamente adeguato.

Stabilire un'alleanza terapeutica, che comporta sentimenti positivi da parte del paziente verso il terapeuta ed il trattamento, è d'importanza cruciale: in una psicoterapia breve non c'è abbastanza tempo per lavorare approfonditamente sulle difese della personalità, quindi dovrebbe essere evidente fin dai primi incontri un buon rapporto tra il paziente e il terapeuta.

Anche la motivazione deve essere molto forte, per permettere al paziente di vincere le resistenze e portare a termine il compito nel tempo a disposizione.

L'elemento che differenzia la psicoterapia breve da quella a lungo termine è la necessità di lavorare all'interno di un focus, cioè di un sintomo circoscritto o un'area delimitata di difficoltà , concordato all'inizio della terapia. Il focus è costituito dalle manifestazioni attuali del conflitto nucleare del paziente; il terapeuta dovrebbe individuare uno schema relazionale problematico a partire da ciò che ha compreso dell'infanzia del paziente e seguire il suo ripresentarsi in momenti di difficoltà simili nella sua vita passata e attuale. In alcuni casi il "vero" focus è mimetizzato tra una notevole quantità di disturbi generalizzati, e soltanto un colloquio condotto con particolare competenza lo mette in luce.

Le differenze qualitative tra psicoterapia breve e psicoterapia a lungo termine riguardano la delimitazione della regressione del paziente e l'eliminazione della fase della rielaborazione.

Il terapeuta, in un trattamento psicoterapeutico breve, interviene costantemente per mantenere la terapia all'interno del focus riportando l'attenzione su di esso ed interpretando le deviazioni, sia per mantenere la focalizzazione che per prevenire la regressione.

Il terapeuta, mostrando attenzione per il lavoro che sta svolgendo, provoca un aumento della motivazione e dell'interesse per il trattamento; porta un senso di fiducia e ottimismo, simbolizzato dal limite temporale, trasmettendo al paziente la convinzione di poter raggiungere molti risultati in un breve periodo di tempo.

È molto importante che il terapeuta chiarisca quali siano le responsabilità del paziente, intervenendo subito quando il paziente cerca di lasciar lavorare solo il terapeuta.

Quando la tensione del rapporto diventa troppo forte, il terapeuta deve utilizzare alcune tecniche di supporto, per riportarla e mantenerla ad un livello ottimale.

Allo scopo di prevenire lo sviluppo di una nevrosi di transfert, si utilizza come tecnica principale l'interpretazione precoce delle manifestazioni transferali, nei casi in cui il transfert viene utilizzato come elemento di resistenza, circoscrivendo le interpretazioni all'area del focus e mostrando così quali sono i meccanismi di difesa tipici del paziente e alcuni modelli di comportamento caratteristici del passato.

Il paziente, durante il trattamento psicoterapeutico breve, è seduto di fronte al terapeuta: la situazione faccia a faccia permette al paziente di sentirsi alla pari con il terapeuta e aiuta a prevenire la regressione.

Di solito la frequenza delle sedute è di una volta alla settimana, per la durata di quarantacinque o cinquanta minuti, visto che incontri più ravvicinati tenderebbero a intensificare il transfert.

Le associazioni, le fantasie, i lapsus, i sogni, se sono collegati al focus, vengono utilizzati come in una psicoterapia a lungo termine.

In una terapia a lungo termine, chiarito il conflitto di base e individuati i principali meccanismi di difesa, il trattamento consiste nel mostrate al paziente i modi in cui essi si ripresentano negli aspetti della vita quotidiana mentre si manifestano: questo approfondimento delle interpretazioni viene chiamato processo di rielaborazione. La maggior parte del processo che corrisponde alla fase della rielaborazione di una psicoterapia a lungo termine, in una psicoterapia breve avviene dopo il termine della terapia, quando il paziente continua a rielaborare i conflitti e applica alla vita reale gli insegnamenti maturati nel corso del trattamento.

Considerando l'individuo un sistema aperto, in continua interazione con l'ambiente, si osserva facilmente come anche dei piccoli cambiamenti, che diano sollievo dai sintomi, possono migliorare le relazioni con altre persone e rinforzare positivamente il cambiamento comportamentale del paziente.

È doveroso ricordare che tutti i sintomi sono sovra determinati e che quindi un trattamento breve può solo occuparsi dei fattori più importanti, per cui il sollievo dal sintomo non è quasi mai totale, si verifica spesso una diminuzione della sua intensità e dell'importanza che esso ricopre nella vita del paziente.

Le tecniche più importanti di psicoterapia breve attualmente usate sono la psicoterapia breve ansiogena di Sifneos, la psicoterapia limitata nel tempo di Mann, la psicoterapia dinamica breve di Davanloo e la psicoterapia breve intensiva di Malan.Ciascuna tecnica è stata elaborata indipendentemente dalle altre e presenta specifici criteri di selezione e modalità di trattamento.

Malan ha sottolineato che lo scopo di una psicoterapia dinamica è quello di arrivare al di sotto della difesa dell'ansia, al sentimento nascosto, quindi di riposizionare questo sentimento attuale nella sua origine nel passato, di solito nella relazione con i genitori. A tal proposito ha elaborato due triangoli: il triangolo del conflitto è costituito da difesa, ansia e sentimento nascosto; il secondo è costituito da l'altro (attuale o nel passato prossimo), transfert(nell'immediato) e genitori (passato remoto) (O, T, P) ; questi sono chiamati triangoli dell'introspezione, il primo è il triangolo del conflitto mentre il secondo è propriamente definito triangolo delle persone.

(Fig)

Ci sono tre categorie di persone nel secondo triangolo, cioè ci sono tre legami possibili:

il legame O/T, con il quale i sentimenti diretti verso altri sono simili a quelli diretti sul terapeuta;

il legame T/P, in cui i sentimenti trasferenziali sono derivati da quelli diretti sui genitori;

il legame O/P, con il quale i sentimenti diretti su l'altro sono derivati da quelli diretti sui genitori.

Il triangolo delle persone può anche essere rappresentato da un triangolo del tempo.

Questi due triangoli possono servire a rappresentare quasi tutti gli interventi del terapeuta; l'abilità del terapeuta consiste nel riconoscere quale parte di quale triangolo occorre introdurre nell'interpretazione in un dato momento terapeutico.

L'ordine di interpretazione del conflitto illustra un principio generale: la progressione va dalla difesa,che è ciò che si manifesta, attraverso l'ansia, fino al sentimento nascosto che è ciò contro cui ci si difende. È importante indebolire la difesa, così da lasciare emergere il sentimento nascosto; questo porterà presumibilmente un aumento dell'ansia, che a sua volta può essere interpretata. L'ansia si basa spesso su una fantasia, per cui l'interpretazione di questa dovrebbe portare alla diminuzione dell'ansia.

La procedura prevede di interpretare difesa, ansia e sentimento nascosto in questo ordine e in rapporto al particolare angolo del triangolo delle persone che il paziente presenta per primo; solo dopo che si è chiarita la natura del conflitto si può stabilire il nesso con uno degli altri angoli del secondo triangolo.

In una terapia nella quale il transfert si sviluppa lentamente, questo angolo sarà il passato, così il passo seguente sarà stabilire il nesso O/P per iniziare a chiarire il triangolo del conflitto in questa area; procedendo con questo lavoro il transfert si intensificherà gradualmente e in una prima fase questa svilupperà altre difese, rendendo necessario interpretare di nuovo il triangolo del conflitto ma in rapporto all'angolo T del triangolo delle persone. Il nesso T/O a questo punto viene stabilito in modo naturale, e successivamente anche il nesso T/P sarà semplicemente implicato da quelli già analizzati.

Quando si interpreta il nesso T/P avvengono generalmente dei grandi progressi terapeutici.

Malan, dopo il primo Uno studio di psicoterapia breve, del 1963, ha poi pubblicato altri due libri su un secondo studio di psicoterapia breve in cui viene offerto un dettagliato quadro di altri trenta pazienti trattati con la psicoterapia breve e seguiti poi per una media di cinque anni e mezzo dopo la fine della cura.

In questo studio, previsioni di risultati positivi erano non solo cambiamenti sintomatici ma modificazioni psicodinamiche, ovvero la riorganizzazione delle difese a un livello di adattamento e funzionamento più alto. I dati di questa ricerca dimostrano chiaramente che una psicoterapia breve può provocare cambiamenti sintomatici e dinamici importanti e durevoli in pazienti con una psicopatologia abbastanza estesa e di non recente esordio. Lo studio del rapporto tra il contenuto e il risultato della terapia ha dimostrato che esiste una notevole correlazione positiva tra le interpretazioni che stabiliscono un collegamento fra il terapeuta e le figura significative del passato e un risultato favorevole. Ulteriori correlazioni indicano che se dalla quinta all'ottava seduta il livello di motivazione viene mantenuto alto e ci si limita all'analisi del focus, la terapia ha maggiori probabilità di avere un esito positivo.

4. Psicoterapie cognitive e comportamentali: teorie e metodi

Nel 1969 Wolpe definì la terapia behaviorista, o comportamentale, che consiste nell'utilizzazione dei principi dell'apprendimento allo scopo di modificare il comportamento indesiderato, attraverso l'indebolimento delle abitudini disadattive e la promozione di altre maggiormente adattive.

Secondo la teoria behaviorista, il comportamento disadattivo è il risultato di un apprendimento, e la sua modificazione richiede un riapprendimento.

Secondo questo approccio, il comportamento manifesto può essere oggetto di osservazione e quindi è al centro dell'attenzione del terapeuta, mentre i sentimenti soggettivi e le componenti inconsce sono lasciate completamente sullo sfondo.

Pavlov dimostrò che presentando simultaneamente uno stimolo incondizionato (cibo) e uno condizionato (suono), lo stimolo condizionato finiva per provocare la reazione (salivazione) che originariamente era prodotta dallo stimolo incondizionato.

Contemporaneamente Thorndike dimostrò la sua "legge dell'effetto", con cui sottolineava l'importanza della ricompensa e della punizione nel processo di apprendimento.

Negli anni 50 i metodi del condizionamento cominciarono a suscitare interesse clinico; il termine "terapia behaviorista" venne coniato da Lindsley e Skinner durante il tentativo di modificare il comportamento degli psicotici. L'attuale terapia del comportamento deriva dal lavoro di Wolpe, di M.B. Shapiro e di Skinner.

B. Watson, un esponente del behaviorismo americano, contrastò gli errori "mentalistici" dell'analisi freudiana, auspicando un futuro prossimo in cui il terapista avrebbe prescritto nuove abitudini. Nel 1920 B. Watson e Reyner presentarono la prima dimostrazione in laboratorio di una nevrosi sperimentalmente indotta in un essere umano. Ad Albert, un bambino di 11 mesi, era stato dato un topolino perché ci giocasse; successivamente, ogni volta che gli veniva dato il topolino, veniva prodotto anche un forte rumore. Sebbene inizialmente il topolino fosse uno stimolo neutro, dopo alcune ripetizioni della sequenza la sola vista dell'animale provocava nel bambino una reazione emotiva di allarme. In una fase ulteriore, la paura si diffuse a tutti gli oggetti e animali ricoperti di pelliccia. I timori persistettero a distanza di tempo, fino a quando Watson e Reyner suggerirono una strategia terapeutica volta a rimuovere le reazioni condizionate. La terapia consisteva nel presentare lo stimolo che genera paura insieme ad un altro stimolo piacevole (principio dell'inibizione reciproca).

Nel quadro della teoria dell'apprendimento non tutti gli sviluppi sono del tipo stimolo-risposta. Tolman e Lewin formularono posizioni teoriche che si rifiutano di considerare l'apprendimento come processo di sviluppo di connessioni s-r e che si collocano nell'ambito delle teorie cognitive. Da questo nucleo di riflessioni si svilupperanno successivamente la teoria di Piaget, la Teoria dell'Apprendimento Sociale di Bandura, la Fenomenologia e l'Etologia di Bowlby.

Al sua volta tra le teorie stimolo-risposta, alcune, come quelle di Skinner e di Hull, danno una maggiore importanza al rinforzo, mentre altre, come quella di Guthrie, sottolineano come fattore chiave la contiguità o associazione.

Tra quelle teorie che sottolineano la centralità del rinforzo, ha avuto particolare fortuna quella di Hull: per questo autore il concetto di abitudine, rappresentato da un rapporto s-r costante, è cruciale; tutta la sua teoria si occupa di studiare nel dettaglio le condizioni nelle quali le abitudini si formano e possono essere estinte.

Notevolmente influenzati dalle teorie di Hull e dal fermento di idee dell'Istituto di relazioni umane di Yale, Dollard e Miller mostrano grande interesse per l'apprendimento e per il processo di sviluppo e collaborano all'elaborazione della Teoria del Rafforzamento, al cui centro sta il concetto di abitudine. Secondo la letteratura behaviorista, le psicoterapie tradizionali si adattano poco alla maggioranza delle persone che hanno bisogno di aiuto, mentre l'approccio behaviorista sarebbe più efficace e avrebbe una più ampia applicabilità. Secondo questo orientamento, il sintomo è il problema, mentre le determinanti e le ipotetiche cause profonde non sono d'interesse.

Tecniche della terapia comportamentale

-la desensibilizzazione sistematica

Stabilite delle gerarchie di situazioni angoscianti, e insegnate al paziente delle tecniche di rilassamento, si chiede di immaginare una situazione meno intensa e di praticare simultaneamente un rilassamento totale. Il terapeuta descrive la scena e per circa 10-15 secondi il paziente immagina di parteciparvi; in questo tempo la tensione prodotta è meno forte della risposta di rilassamento, ed è quest'ultima a prevalere. Dopo qualche minuto di rilassamento, il terapeuta passa allo stimolo immediatamente superiore nella gerarchia, procedendo fino a che l'immagine evocata produce un'angoscia troppo forte, e a quel punto torna indietro fino a che il paziente è pronto a risalire di nuovo la scala. Dopo un certo numero di sedute il paziente dovrebbe essere in grado di rappresentarsi gli stimoli più intensi senza che ciò generi angoscia.

-allenamento al comportamento assertivo

I terapeuti dell'orientamento behaviorista utilizzano alcune tecniche per aiutare a superare le

angosce e le inibizioni sociali, e per favorire lo sviluppo di maggiori capacità di rapporto interpersonalee comportamenti sociali più spontanei ed efficaci.

Secondo il principio dell'inibizione reciproca, praticando comportamenti più positivi in una situazione che suscitava inizialmente ansia e inibizione, diminuisce la forza della reazione di angoscia.

Il trattamento inizia con la discussione di situazioni interpersonali minacciose: il paziente viene sollecitato a prestare maggiore attenzione al proprio modo di comportarsi, mentre il terapeuta mette a fuoco i problemi specifici dello stile di comportamento; in un secondo momento il terapeuta aiuta il paziente a identificare le reazioni appropriate e lo incoraggia a tentare nuovi comportamenti. Con il tempo il paziente dovrebbe sviluppare un maggiore controllo e senso di adeguatezza.

Una tecnica utilizzata in questo contesto è quella della "prova generale del comportamento", durante la quale il paziente viene incoraggiato a rivivere esperienze del passato oppure ad anticipare eventi futuri insieme al terapeuta,che assume il ruolo complementare. Questo procedimento dà al paziente la possibilità di comprendere meglio i meccanismi d'interazione.

-l'economia dei pegni

Come in certi metodi skinneriani, in questo tipo di programma l'accento è posto sul controllo esercitato dal terapeuta sul rinforzo ambientale contestuale ai comportamenti del paziente.

Secondo Krasner, devono essere presi in considerazione 3 punti:

a) Lo staff clinico deve stabilire quali sono i comportamenti desiderabili;
b) Si stabilisce un mezzo di scambio, o pegno
c) Si stabiliscono gli agenti di rinforzo, speciali privilegi che si possono scambiare con i pegni, ovvero il mezzo di scambio.

Quando il paziente agisce nel modo desiderato, il paziente riceve il corrispettivo numero di pegni, da barattare con un compenso.

In molti casi, dopo questo tipo di programma, i pazienti manifestano un interesse più vivo per il loro ambiente e sono maggiormente disposti ad assumersi la responsabilità di sé stessi e dei rapporti che si costruiscono. L'individuo apprende che può controllare il suo ambiente in modo da ricavare dagli altri un rinforzo positivo.

-uso di modelli

Bandura indica tre modi in cui l a presenza di un modello può influenzare il comportamento:

a) Può servire come base per apprendere nuove capacità e comportamenti;
b) Può servire ad eliminare timori e inibizioni;
c) Può favorire l'apprendimento di forme di comportamento pre-esistenti.

Bandura raccomanda in particolare la tecnica della "partecipazione al modello" nel trattamento delle fobie: il paziente osserverà il modello in contatto con l'oggetto fobico in una serie di situazioni sempre più impressionanti; nella fase di partecipazione guidata, il terapeuta incoraggia il paziente a tentare gradualmente gli stessi comportamenti. Nella terza ed ultima fase il terapeuta riduce progressivamente i suoi interventi fino a che il paziente può confrontarsi autonomamente con l'esperienza temuta.

Tra i vantaggi della terapia comportamentale ci sono la sua brevità e pragmaticità, la semplicità e la chiarezza dei suoi obiettivi nonché del momento di chiusura e conclusione, quando questi obiettivi sono oggettivamente raggiunti.

Per trarre beneficio dal trattamento behaviorista il paziente non ha bisogno di particolari capacità espressive ed introspettive, o un elevato grado di motivazione; d'altro canto la terapia comportamentale non è applicabile per nevrosi esistenziali, depressione e sintomi depressivi. È un trattamento molto utile, invece, per pazienti psicotici molto gravi, che possono essere così aiutati a modellare comportamenti essenziali alla vita sociale.

Dal punto di vista scientifico la terapia del comportamento ha offerto l'occasione per

vivacizzare la discussione nel campo della psicoterapia, contribuendo ad elevare il livello della ricerca e della elaborazione concettuale.

Particolarmente fertile di concettualizzazioni è la terapia di A. A. Lazarus, che muove verso un adattamento contestuale delle tecniche d'intervento a seconda dei bisogni del paziente.

Tecniche delle teorie cognitive

Alla fine degli anni 50 esplose in modo particolarmente intenso il dibattito tra comportamentisti e cognitivisti intorno alla possibilità di sottoporre a sperimentazione gli stati mentali, interni, ciò che accade tra lo stimolo e la risposta e che non è direttamente osservabile. Alla scientificità positiva si oppose l'utilizzo della metafora del computer e quindi una simulazione del funzionamento del sistema cognitivo. La mente venne così concepita come un sistema complesso che accoglie ed elabora le informazioni, un manipolatore di simboli.

Tra le teorie cognitive se ne distinguono tre grandi gruppi: le teorie associazioniste, come quella di Beck e Ellis, che si basano sulla correzione di convinzioni irrazionali o distorte; la teoria costruttivista di Kelly, che ha come obiettivo la sostituzione di costrutti disadattavi; le teorie strutturaliste, tra cui quelle di Weimer, Guidano, Mc Honey, che perseguono l'acquisizione di conoscenze trascurate.

-registrazione quotidiana dei pensieri disfunzionali

Questa tecnica consiste nell'indicazione di registrare in un diario giornaliero i diversi pensieri disturbanti che insorgono, descrivendo la situazione di innesco, l'emozione connessa e la risposta razionale conseguente.

-trasformazione dei pensieri "primitivi" in pensieri "maturi"

Si tratta di sollecitare una presa di coscienza della rigidità dello schema di pensiero abituale, per poi avviarne una trasformazione. Così si guida uno spostamento:

da un pensiero non dimensionale e globale (sono pauroso) a un pensiero multidimensionale (sono moderatamente pauroso, alquanto generoso e piuttosto intelligente); da un pensiero assolutistico e moralistico a uno relativistico e non giudicante; da un pensiero invariante (sono sempre stato e sempre sarò…) a un pensiero variabile; da una diagnosi del carattere (ho un difetto del carattere) a una diagnosi del comportamento (evito troppo le situazioni); da una condizione di irreversibilità (visto che sono fondamentalmente debole non c'è nulla da fare) a una di reversibilità (posso imparare ad affrontare le situazioni e a fronteggiare le mie paure).

-elaborazione errata delle informazioni

Secondo Beck, gli errori nel modo di pensare dell'individuo depresso mantengono la convinzione dell'oggettività dei suo pensieri negativi. Essi sono:

1 la deduzione arbitraria, il processo con cui si trae una determinata conclusione in assenza di prove o anche quando le prove smentiscono la conclusione;

2 l'astrazione selettiva, che consiste nel concentrarsi su un particolare decontestualizzandolo, ignorandone cioè aspetti salienti e generalizzando le conclusioni sull'intera esperienza sulla base di un singolo frammento;

3 la generalizzazione eccessiva, che consiste nel dare una regola o tirare una conclusione sulla base di episodi isolati e nell'applicare ad altre situazioni questa regola;

4 l'ingigantire e il minimizzare, valutando erroneamente l'importanza di un determinato evento;

5 la personalizzazione, che si esprime nella tendenza del soggetto a porre gli eventi esterni in relazione a sé stesso quando non ce ne sono gli elementi sufficienti per poterlo dedurre;

6 il pensiero assolutistico, o dicotomico, che si manifesta nella tendenza a collocare tutte le esperienze in due categorie opposte: perfetto o difettoso, immacolato o sporco.. (di solito il paziente per descrivere sé stesso sceglie la categoria più negativa).

Metodi cognitivi e comportamentali per la psicoterapia della depressione

La depressione è un disturbo caratterizzato da sintomi che si manifestano generalmente a

livello cognitivo, comportamentale, affettivo, motivazionale e psicofisiologico. Il modello cognitivo della depressione prende corpo con il maggiore sviluppo delle teorie cognitivo-comportamentali degli anni 70 (Bandura, Lazarus, Kelly, Ellis, Beck ed altri) e si articola sulla nozione di base secondo la quale uno o più eventi attivanti esterni (o interni) mobilitano particolari sistemi di convinzioni con conseguenze emotive e comportamentali. L'insieme di convinzioni disfunzionali e di reazioni emotivo-comportamentali disturbate configurerebbero i fenomeni classificati come sintomi depressivi (modello Activating, Event- Belief System-Conseguencies di Ellis).

Beck si serve di tre concetti specifici per spieqare il substrato psicologico della depressione:

1) Il concetto di Triade Cognitiva costituita da *un primo insieme* di convinzioni del soggetto riguardo la propria incapacità e i suoi difetti psicologici, morali o fisici, l'indegnità di essere amato etc..; *un secondo insieme* riguardante la percezione di esorbitanti richieste del mondo e della negatività delle proprie esperienze attuali, delle proprie sconfitte e privazioni, de! dover contare solo su se stesso; *un terzo insieme* costituito dalla visione pessimistica del futuro, del sé perdente.

2) Il concetto di Schema (mutuato dalla teoria di Piaget) atto a designare forme organizzate di contenuti e processi mentali che costituiscono la base della regolarità d'interpretazione dei dati e della loro trasformazione in cognizioni specifiche attuali. Lo Schema disfunzionale è stabile, è stabile,iperattivabile, automatico, non immediatamente presente alla consapevolezza, si fonda su esperienze apprese (spesse regole familiari) ed interferisce con gli schemi adattativi. Consiste in un insieme di "regole di vita e valori interiorizzati" inappropriato, rigido ed eccessivo. Lo schema contiene premesse che, attivate da esperienze specifiche, determinano conclusioni negative; queste tre componenti dell'esperienza cognitiva si articolano in forma di sillogismo (di cui il paziente non è conscio). La premessa maggiore del sillogismo fa parte della organizzazione di convinzioni interiorizzate (Schema) del paziente , solo la premessa minore (l'esperienza attivante) e la conclusione sono dolorosamente vissute e "subite" (Es. : Se non sono amata non valgo niente - il mio ragazzo non mi ama - non valgo niente). Questi errori sarebbero riconducibili, secondo Beck, alla persistenza nel soggetto, di aspetti di pensiero primitivo non dimensionale e globale, assolutistico e rigidamente moralistico, invariante e irreversibile. Gli schemi depressogeni si attiverebbero in relazione ad eventi psicosociali stressanti o a slivellamenti depressivi, già incipienti su base biochimica; determinerebbero, mediante l'utilizzazione di forme di pensiero primitivo, errori percettivi ed elaborativi e lo sviluppo di cognizioni specifiche errate (a contenuto spiacevole e limitante per il soggetto). Queste ultime rappresenterebbero i sintomi ideativi della depressione in grado, a loro volta, di causare immediatamente, od aggravare, disturbi affettivi, comportamentali e psicofisiologici.

Elaborazioni più recenti che si fondano sul concetto di attaccamento e perdita di Bowby tentano di definire una processo logico di sviluppo depressivo che, da relazioni affettive fondamentali disturbate in età infantile (spesso distacchi affettivi precoci e/o troppo marcati), condurrebbero alla costituzione di un sistema cognitivo simile a quello ipotizzato da Beck.

La terapia cognitiva della depressione è un metodo attivo, direttivo, strutturato e limitato nel tempo, orientato a individuare e correggere le cognizioni distorte e gli schemi disfunzionali del paziente che intervengono nel qui ed ora della sua storia. Si avvale di tecniche cognitive ed anche comportamentali. Queste ultime sono impiegate soprattutto nelle prime fasi dell'intervento, nei pazienti più gravi, per contenere le manifestazioni più intense di alcuni sintomi (disforia, polarizzazioni pessimistiche, rallentamento ideativo e motorio, difficoltà attentive ed introspettive etc...), aumentare il livello di attività e I' autostima del soggetto ma soprattutto per facilitare sempre l'emergenza delle cognizioni sconnesse con i comportamenti e gli affetti disturbati, da sottoporre alla discussione (Discrimitatig and Debating della Rational-Emotive Therapy di Ellis).

Il paziente osserva e interpreta la realtà in base all'attivazione di modelli concettuali personali e disfunzionali. Egli crede di essere incapace, indegno, inutile, senza speranza etc.. e vive un'affettività disturbata in senso depressivo. Le sue convinzioni sono organizzate, in

un sistema simile a quello descritto da Khun come un "paradigma scientifico" che può essere scosso solo quando l'individuo è pronto a riconoscere un'anomalia che il paradigma non può accogliere o una prova che lo smentisce.

II soggetto è tuttavia restio a considerare alternative al suo modo di vivere se stesso nel mondo. Nonostante molti concetti depressogeni non abbiano una validità esterna, presentano tuttavia spesso una forte coerenza e validità interna che il paziente tende a mantenere.

Il metodo terapeutico si fonda su una sorta di stile empirico e collaborativo nella relazione terapeuta paziente ed utilizza anche modalità psicoeducative. La terapia prevede una iniziale fase di ascolto che comunichi accettazione e disponibilità e possibilità di aiuto e raccolga informazioni diagnostiche.

Già durante la prima seduta è in genere possibile focalizzare, come sintomo bersaglio**,** la costellazione di disturbi e problemi più importanti per il soggetto e può essere utile mostrare al paziente, alcune strategie per affrontarli, illustrando inoltre, in modo semplice, il concetto di cognizione e le modalità del trattamento. Questo primo intervento stabilisce in genere una buona alleanza terapeutica e solleva, in parte, il paziente dalla pressione dei sintomi, soprattutto dal carattere soggettivo di urgenza ed ineluttabilità.

Quindi il terapeuta si impegna a stimolare il paziente a descrivere la sua situazione e, soprattutto, ad isolare dal campo percettivo interiore le idee e le immagini maggiormente connesse,con i disturbi affettivi e comportamentali, più difficili da tollerare. Quando questi ha compreso la definizione di cognizione e riconosce la presenza dei pensieri semiautomatici, è invitato a"catturarne" il maggior numero possibile, annotandoli. In base ai dati forniti direttamente dal paziente o mediante interazioni verbali col terapeuta, si ricava un'ipotesi credibile riguardo la precisa articolazione dell'idea o immagine (cognizione) disfunzionale e del suo legame con l'esperienza e l'affettività disturbata.

Il terapeuta aiuta il soggetto a verificare la precisione dell'ipotesi, sia durante i colloqui, sia invitandolo a procedere ad autovalutazioni o a prove concrete nel corso della sua vita quotidiana tra una seduta e l'altra. Il soggetto impara così a confrontare la cognizione disfunzionale ed i relativi comportamenti prima con i dati di realtà e, successivamente, con altre possibili e più valide cognizioni personali, alternative od integrative rispetto alla precedente. E' invitato a lavorare come se conducesse una serie di "esperimenti", dove alla raccolta dei dati succede lo sviluppo di ipotesi, la loro verifica e la eventuale confutazione.

Mano a mano che la terapia progredisce e i sintomi migliorano, l'intervento si sposta, dalla modifica delle cognizioni specifiche alla modifica dei presupposti depressogeni (gli Schemi e gli Errori Sistematici di elaborazione), seguendo lo stesso metodo. La correzione di questi presupposti ridurrebbe le possibilità di nuove ricadute depressive a distanza di tempo.

Secondo il modello di Beck il trattamento si articola in due colloqui a settimana per quattro-cinque settimane, in successivi dieci, quindici colloqui settimanali ed infine in tre, quattro colloqui di sostegno e follow-up, nell'anno successivo al termine della terapia.

In una prima fase si associano al metodo fondamentale anche tecniche comportamentali (che possono prevalere nell'intervento con pazienti più gravi). In una fase intermedia (per es. dalla sesta alla dodicesima seduta) prevale il lavoro centrato sulle Cognizioni specifiche disfunzionali. Nell'ultimo periodo diventa preminente l'analisi degli Schemi e degli Errori Sistematici. Le sedute di controllo verificano e rinforzano il complesso dei cambiamenti ottenuti.

Il fondamentale strumento terapeutico consiste nell'uso delle domande mediante le quali il terapeuta, evitando di porsi in opposizione diretta con le convinzioni depressive del paziente, tenta di perseguire i seguenti obiettivi:

-ottenere dati riguardanti la condizione clinica e ambientale;
-valutare la tolleranza alla frustrazione e le capacità operative;
-focalizzare i sintomi bersaglio, riformulando ciò di cui si lamenta;
-sottolineare la relazione tra convinzioni, affetti e comportamenti;
-aiutare a sviluppare esame di realtà ed alternative soggettive;
-appurare le cognizioni specifiche, gli errori sistematici e gli schemi depresso geni;

-discutere ipotesi esplicative;
-incoraggiare il paziente alla verifica teorica e pratica;
-aiutare a sviluppare deduzioni dai risultati delle prove.

Le sedute sono decisamente strutturate: si richiede al paziente un riassunto delle esperienze nel periodo intercorso dalla seduta precedente e un resoconto dei compiti assegnati, ci si accorda sugli obiettivi specifici della seduta attuale e, ai termine di questa, si produce un riassunto dei contenuti emersi. Si consiglia di trascrivere tutti gli eventi significativi su un diario.

Si prescrivono homework e registrazioni scritte riguardanti contenuti cognitivi (Scheda di registrazione quotidiana dei pensieri disfunzionali con notazione di Situazione, Emozione, Pensieri automatici, Risposta razionale, Esito) e, se necessario, nella prima fase, riguardanti anche contenuti comportamentali (Tabella delle attività quotidiane con notazione delle attività svolte ed una valutazione soggettiva, su scala da 0 a 5, del livello di "Bravura" e di "Piacere" raggiunto).

Nel corso del trattamento si utilizzano inoltre altre specifiche tecniche cognitive e comportamentali di modificazione del comportamento, in associazione con gli interventi tipici del metodo terapeutico fondamentale, sopra descritto.

Tecniche comportamentali

-Homework comportamentali

Soprattutto in fase iniziale, si concorda con i soggetti più passivi, meno introspettivi, con difficoltà a concentrarsi su concetti astratti, un programma settimanale di attività, da svolgere tra le sedute, scegliendole, a difficoltà graduale, a partire da quelle un tempo abitudinarie o piacevoli.

Si insegna a registrare lungo un continuo di scala (non quindi in modo dicotomico) una valutazione di quanto si è stati capaci o di quanto è risultato piacevole. Il giudizio sul risultato si dovrebbe fondare sulla difficoltà o piacevolezza del compito in relazione allo stato depressivo e non allo stato precedente la crisi o ad uno stato ideale. Il metodo scoraggia la disattenzione selettiva, il pensiero dicotomico, l'autosvalutazione totale, l'inattività, la sfiducia.

-Skill training

Comprende tecniche di modellamento, shame-attacking e assertiveness training.

Tecniche di rilassamento

Sono impiegate In soggetti con forti componenti di ansia ed irritabilità.

-Tecniche contentive

Tecniche di distrazione e di immaginazione visiva, per interrompere momentaneamente emergenze molto intense di sentimenti dolorosi o di ruminazioni particolarmente intrusive.

-Tecniche catartiche

Liberazione guidata di quote aggressive pericolosamente rivolte contro il sé. Strong self-statement rispetto a convinzioni svalutanti implicite.

-Uso del contatore da polso

E' utilizzato per la registrazione dei momenti e del numero di volte in cui il soggetto si accorge di utilizzare in modo automatico cognizioni "errate" o disfunzionali.

Tecniche cognitive

-Homework cognitivi

Registrazione delle cognizioni specifiche disfunzionali e successivamente, nel corso della terapia, di schemi depressogeni ed errori sistematici, secondo il modello già descritto della

scheda di registrazioni quotidiana degli eventi cognitivi. Può essere associata all'uso dell'audioregistratore in seduta, il cui contenuto può essere ascoltato e rivalutato a casa.

-Problem Solving

Rielaborazione assistita dei problemi precedentemente ritenuti insolubili con la sollecitazione all'impiego di pensiero divergente per la produzione di soluzioni alternative.

-Role Playinq

Possono essere utilizzati durante la seduta scambiando il ruolo con il terapeuta o immedesimandosi in altri ruoli ipotetici o vissuti nel rapporto con altre persone. E' anche impiegata la prescrizione di compiti a casa.

Nella terapia "a ruolo fisso" di Kelly, il paziente assume un ruolo fondato su idee riguardo al mondo o a se stesso che non sono congruenti con le sue convinzioni consuete. In questo nuovo ruolo il paziente è posto direttamente di fronte ai suoi costrutti personali.

-Tecniche di riattribuzione

Sono utilizzate nel caso di attribuzioni irrealistiche di colpa o di responsabilità in pazienti depressi molto coartati, caratterizzati da modalità di pensiero assolutistico o rigidamente moralistico.

-Rational and coping statement

Si tratta di una serie di affermazioni scritte che il paziente può rileggere più volte al giorno, meglio se desunte in base al lavoro terapeutico e personalizzate. Questa tecnica è descritta da Ellis nell'ambito della R.E.T.

-Rational Emotive Imagery

Nella Negative Imagery, descritta da Maultsby nel 1970, si invita il paziente ad abbandonarsi a sensazioni ed esperienze negative realmente accadute o che egli teme che accadano e a trasformare le emozioni spiacevoli in altre, sempre inevitabilmente negative, ma più tollerabili (es. depressione in dispiacere o rammarico). Nella Positive Imagery alla prima esperienza il soggetto deve individuare ed associare le cognizioni irrealistiche sottostanti ed, inoltre provare ad immaginare come vorrebbe sentirsi. Questa tecnica comporta secondo Ellis un intervento diretto di livello emotivo-affettivo.

-Biblioterapia

Le letture sono assegnate dal terapeuta, se il paziente è incline e disponibile a collaborare, in ragione delle necessità: si tratta più frequentemente di testi divulgativi di temi psicologici specifici, inerenti la terapia.

-Assessment

Le condizioni dei pazienti depressi sono periodicamente stimate mediante l'impiego di inventari e scale di valutazione (Beck Depression Inventorv, Global Assessment Scale, Hopelessness Scale etc...).

-Efficacia della terapia

Una rassegna della letteratura eseguita da Thare nel 1995 riporta dati controversi: dal 50% all'80% di successi in pz diagnosticati come affetti da Depressione maggiore o Distimia secondo la classificazione D.S.M.IV. Confronti con pazienti trattati con farmaci TCA dimostrerebbero una sostanziale equivalenza dei risultati nelle forme a gravità lieve e moderata.

La terapia cognitiva sembra mostrare esiti peggiori in pazienti gravi o cronici, in soggetti non conviventi o con minore sostegno sociale.

Le variabili sesso e Quoziente Intellettivo non risultano correlati con il successo del

trattamento.

5. Psicoterapie umanistiche: teorie e metodi

Maslow ha parlato di una "terza forza" in psicologia, la psicologia umanistica, che considera l'uomo capace di autodeterminarsi, invece che essere in balia della pressione esercitata dall'inconscio o dall'ambiente.

Secondo Maslow la motivazione più alta dell'uomo è la spinta verso l'autorealizzazione; il compito della psicoterapia consiste nell'ottenere la liberazione di questa spinta ed energia dal blocco determinato dalla nevrosi e dal disturbo mentale in genere. Questo processo di liberazione è realizzato in psicoterapia attraverso alcuni passaggi che vengono indotti o favoriti nel paziente:

1) Comprensione della visione personale del mondo e della rappresentazione che ha di sé stesso il paziente;
2) Promozione della piena consapevolezza, incoraggiando il paziente a sperimentare i vari aspetti di sé stesso, compresi quelli fino ad ora negati;
3) Accettazione della propria unicità, libertà e responsabilità nella realizzazione del proprio progetto esistenziale;
4) Attualizzazione del potenziale integrale della persona. attraverso esperienze "produttrici di crescita".

La terapia ad orientamento umanistico-esistenziale mette al centro dell'attenzione l' incontro autentico tra due individui e si pone come obiettivo il passaggio da uno stato di scarsa motivazione e di dipendenza dall'ambiente ad uno stato in cui c'è crescita e autonomia.

Tra i principi fondamentali che sono alla base della psicologia umanistica riportiamo i seguenti:

1) Per comprendere una personalità, essa deve essere considerata nel suo insieme e nella sua unicità, "come un tutto" e non ricostruita in base alla conoscenza delle sue singole componenti e delle loro interazioni (a partenza dal principio gestaltico secondo il quale "il tutto è sempre maggiore della somma delle sue parti")
2) È fondamentale l'esperienza diretta nella relazione con l'altro, e non una ipotetica osservazione esterna del comportamento dell'altro;
3) Il metodo scientifico richiede che il ricercatore partecipi all'esperienza;
4) L'indagine va sempre incentrata sull'unicità della persona (approccio idiografico);
5) Le mete, i valori e le aspirazioni verso i futuro contano, nel determinare il comportamento di una persona, almeno quanto il suo passato e l'ambiente che lo circonda;
6) Il comportamento umano non va spiegato meccanicisticamente in termini di causa-effetto ma devono essere invece considerate le capacità di scelta e la creatività, qualità propriamente umane;
7) L'uomo non è un essere puramente reattivo ma attivo: capace di adattarsi a ciò che agisce intorno a lui e di adattare a sé l'ambiente.

La tradizione fenomenologica è stata conservata in psicologia soprattutto negli scritti di un gruppo di studiosi , tra cui G. Allport, C. Rogers, G. A. Kelly, Maslow, convinti che sottovalutare l'esperienza conscia privi la psicologia dei suoi dati più fecondi. Secondo questi sostenitori dell'approccio fenomenologico, non solo l'esperienza soggettiva è il dato più rilevante in psicologia, ma lo studio dell'evento psicologico in una persona deve includere anche il ricercatore come osservatore inevitabilmente partecipe dell'evento, poiché in contatto e quindi in relazione con la persona stessa che si trova di fronte a lui.

La psicoterapia esistenziale

L'esistenzialismo è sorto nel pensiero europeo come movimento culturale in opposizione sia all'ottimismo romantico che confidava in un principio infinito e garante (che sia Ragione, Assoluto, Spirito, ecc) che al razionalismo e alla scienza empirica; esso ha rappresentato un tentativo di comprendere l'uomo andando oltre la scissione di soggetto e oggetto (R. May,

1958).

Mentre la scienza guarda all'uomo come ad una sostanza o come un meccanismo, l'essere umano deve invece essere compreso come "esistenza". L'uomo è concettualmente inseparabile dall' "oggetto" con il quale si rapporta, sia esso persona, animale, vegetale o strumento inanimato: egli può così essere definito un "essere-nel-mondo".

Influenzata da Kierkegaard, dalla fenomenologia di Husserl, dai contributi di Heidegger, Sartre e Jaspers, la filosofia esistenzialista ha influenzato un certo numero di psichiatri europei, tra cui Binswanger, Boss, Frankl, e Rollo May negli Stati Uniti, i quali introdussero i principi dell'esistenzialismo nella psicoterapia.

Le caratteristiche fondamentali dell'esistenzialismo possono essere riassunti e sintetizzati, per facilitarne la comprensione, nei seguenti principi:

1) L'uomo è libero e in grado di scegliere, in quanto capace di coscienza e autocoscienza;
2) L'esistenza del singolo è indissolubilmente in rapporto con quella del suo mondo di cui gli altri sono parte integrante;
3) L'esistenza implica la non-esistenza. Il confronto con la realtà della morte dà senso all'esistenza; esso è anche la fonte dell'angoscia esistenziale, che rimane normale se assunta intenzionalmente;
4) L'uomo non è un essere statico ma trascende la situazione contingente e può andare oltre il proprio passato e presente;

Il centro di ogni filosofia esistenzialista è il rapporto uomo-mondo e la visione dell'esistenza come possibilità: l'esistenza dell'uomo è costituita essenzialmente dai modi possibili con cui egli si rapporta con il suo mondo e lo oltrepassa muovendosi in avanti nella vita.

Secondo Heidegger , principale esponente di questa corrente filosofica, l'esistenza è infatti essenzialmente trascendenza, definibile come un "essere nel mondo" che oltrepassa. Progettando e attraversando il proprio mondo (nel rapporto con la natura, gli altri e se stesso), prendendosi cura delle cose che gli occorrono, l'uomo determina e realizza il suo proprio essere nel mondo e, al tempo stesso, l'essere delle cose del mondo. Il rapporto tra l'uomo e gli altri può realizzarsi come un aver cura degli altri: preoccupandosi delle cose da procurare loro o aiutandoli ad assumere loro stessi la cura di sé stessi.

Per quanto riguarda il processo di comprensione di sé stesso, l'uomo può assumere come punto di partenza sé stesso, giungendo a una comprensione completa, o la prospettiva del mondo e degli altri uomini, rimanendo così in una comprensione inautentica, fondamento di una esistenza anonima. Attraverso la cura di sé, degli altri e delle cose la persone esprime il suo movimento in avanti, attraverso un progetto esistenziale, che comprende momenti di inevitabile ed incessante ricaduta a ciò che l'esistenza è di fatto. La libertà dell'uomo consisterebbe nella possibilità di sviluppare progetti che siano comunque conformi alla sua specifica e reale situazione esistenziale.

Secondo la psicologia esistenziale il disturbo mentale spesso è caratterizzato alla sua radice dal vuoto esistenziale.

Per Binswanger, psichiatra, uno dei principali esponenti della teoria esistenziale della personalità, il terapeuta deve essere in grado di comunicare con il paziente, incontrarlo, come un'esistenza che comunica con un'altra esistenza. Il terapeuta considera il paziente come un compagno di percorso e non come un soggetto di investigazione e le molteplici tecniche di cura appaiono anche secondarie rispetto allo sforzo teso a comprendere fenomenologicamente la realtà esistenziale della persona che ha di fronte, aiutandola così a riappropriarsene .

L'obiettivo ultimo è quello di consentire al paziente di percepire la propria vita come reale, dotata di un suo senso che egli stesso può disvelare, cosa che gli darà la possibilità di esercitare la libertà di scelta insieme alla possibilità e responsabilità di impegnarsi a diventare ciò che egli può essere, superando la crisi attuale.

La psicologia esistenziale tende a respingere o minimizzare le teorizzazioni e le sistematizzazioni della tecnica psicoterapeutica anche per salvaguardare la comprensione autentica dell'individuo, mantenendola libera nelle sue possibilità.

La psicoterapia rogersiana

Creazione dello psicologo C.R. Rogers, la terapia rogeriana fu detta “terapia della consulenza non direttiva”, in quanto in essa il cliente, e non il terapeuta, stabilisce i contenuti le mete e il ritmo della terapia.

Rogers si concentrò inizialmente sulle tecniche volte ad accogliere, riconoscere e chiarire i sentimenti del paziente; successivamente elaborò il concetto di “terapia centrata sul cliente”, sottolineando che coloro che richiedevano aiuto psicologico erano clienti e non pazienti.

Rogers era principalmente interessato alla psicoterapia e ai processi di trasformazione della personalità; secondo questo autore la relazione terapeutica corretta è quella che presenta caratteristiche di eguaglianza, permissività, non-direttività, e da cui è esclusa la diagnosi, che confina il terapeuta nel ruolo dell’esperto che è in grado di scoprire e dire al paziente quello che è sbagliato in lui. Per la trasformazione terapeutica è richiesto che il terapeuta abbia un atteggiamento accogliente, permissivo, non giudicante, che gli permetta di esplorare i fenomeni e i significati insieme al cliente. L’attenzione è centrata sull’esperienza attuale mentre si attribuisce scarso interesse alle cause nascoste e passate. In un’atmosfera rilassata e non giudicante il cliente si sente libero di manifestare i propri sentimenti; compito del terapista è quello di accertare questi sentimenti, rispecchiarli ed aiutare il cliente a comprenderne i significati.

Con il progredire della terapia e della conoscenza di sé e del proprio ambiente il cliente, secondo Rogers, riesce a sperimentare nuove forme di comportamento e ad avvicinarsi sempre di più ad attualizzare il proprio potenziale: “quando l’essere umano è davvero libero di diventare ciò che è al suo livello più profondo, quando è libero di attuare la sua natura di organismo capace di consapevolezza, allora egli appare chiaramente verso l’integrazione e verso la realizzazione totale”. Il compito del clinico consiste nel liberare questo potenziale, predisponendo le condizioni appropriate. Il successo della terapia dipende dal fatto che il terapeuta comunichi e il cliente recepisca: coerenza e genuinità del terapeuta, il suo riguardo incondizionato per il cliente, la sua attenta comprensione empatica.

a) Coerenza o genuinità.

Il terapeuta deve essere aperto all’esperienza e libero da sovra-strutture e dalla tendenza all’autoinganno, deve avere inoltre consapevolezza dei propri sentimenti e di essere capace di esprimerli apertamente.

b) Accettazione positiva e incondizionata .

Il terapeuta deve far capire al cliente che gli sta a cuore profondamente e autenticamente, come essere umano, e che ha fiducia nelle sue possibilità. Il terapeuta non formula giudizi, deve essere pronto ad accettare sia i sentimenti positivi che quelli negativi.

c) Empatia.

Il progresso della terapia richiede che il terapeuta percepisca i sentimenti e le esperienze del cliente con sensibilità, comprendendone il significato che hanno per lui. Un’attenta comprensione empatica comporta la capacità di percepire il mondo interiore del cliente come se fosse il suo e di saper comunicare al cliente questa esperienza. La terapia dovrebbe rendere il cliente più coerente, più capace di empatia e di rispettare gli altri incondizionatamente.

- La psicoterapia gestaltica

F. S. Perls, subendo l’influenza del pensiero degli psicologi della Gestalt quali Wertheimer, Koffka, Lewin, K. Goldstein, i quali valorizzavano l’organicità e la correlazione degli elementi della percezione, teorizza un concetto di organismo che abbraccia la totalità delle funzioni umane.

Secondo questo autore l’organismo ha una capacità intrinseca di crescita e di sviluppo e non è possibile entrare in contatto con bisogni e significati nuovi senza entrare in contatto con l’ambiente in modo creativo. La consapevolezza permette di raggiungere l’”auto-regolazione organica”, che è il meccanismo principale dell’organismo.

La Gestalt-terapia si propone di ripristinare il meccanismo di auto-regolazione, così che ciò

che esiste come possibilità virtuale trovi realizzazione e l'individuo possa giungere alla pienezza di sé stesso. Il terapeuta aiuta il paziente a diventare quello che è in realtà e a trovarsi.

I principi della Gestalt-terapia sono riassumibili come un dare importanza:

1) all'attuale presente, temporale e spaziale; al sostanziale, fatto e atto, reale e non simbolico;
2) alla consapevolezza e all'accettazione dell'esperienza;
3) alla responsabilità e all'integrità.

Il terapeuta ha il compito di aiutare il paziente a superare ciò che ostacola la consapevolezza e l'esperienza diretta. L'obiettivo è il confronto con l'esperienza attuale, e non l'introspezione o comprensione dei significati e dell'origine dei sentimenti.

Le tecniche della Gestalt-terapia comprendono gruppi di due tipi: regole e giochi.

Le regole principali sono:

1) il principio dell'ora, che prescrive che si comunichi sempre usando il tempo presente;
2) il principio dell'io e del tu, che implica il mantenimento del flusso di comunicazione tra eguali che parlano l'uno all'altro, e non genericamente;
3) l'uso della prima persona invece che della terza, al fine del riconoscimento di sé stessi come attori responsabili della propria esperienza, e non recipienti passivi;
4) il continuum della consapevolezza: al paziente viene chiesto di concentrarsi costantemente sul contenuto della propria esperienza immediata;
5) non parlare di persone, ma parlare con le persone;
6) disabituare il paziente a fare domande che non sono autentiche richieste di informazioni ma modalità passive di esprimere la propria opinione.

Caratteristici della terapia della forma sono alcuni giochi, elaborati da Perls e coll.:

1) il gioco delle parti, durante il quale il cliente deve recitare, impersonando differenti ruoli i parti di sé stesso;
2) nel gioco "Io mi rendo responsabile di.." il cliente deve aggiungere la frase "e io me ne rendo responsabile" ad ogni osservazione fatta su un aspetto del proprio comportamento.
3) nel gioco "Esagerazioni" il cliente continua ad esagerare un movimento appena accennato, così da sperimentare quello che implica;
4) in "Io ho un segreto", ogni membro di un gruppo deve pensare a un suo segreto e immaginare come gli altri reagirebbero ad esso;

Assunto fondamentale di questo approccio psicoterapeutico è l'impossibilità per il clinico di trattare un altro essere umano come un semplice oggetto di studio e di manipolazione, al contrario deve accedere insieme a lui ad un incontro autentico, e nell'incontro partecipare ad una comune esperienza di vita.

Le concezioni della psicologia umanistico-esistenziale creano un contrappeso all'oggettivismo scientifico. Confrontandola con la psicoanalisi classica si rileva che la prospettiva astorica della terapia umanistico-esistenziale ignora il fatto che quello che ciascuno è riflette il proprio percorso.

Per quanto riguarda la relazione terapeutica, le qualità indicate da Rogers (coerenza, rispetto incondizionato, empatia) possono rappresentare l'ideale per tutti i terapisti.

Gli approcci umanistico-esistenziali sono probabilmente più adatti ai problemi di persone maggiormente integrate e funzionali, interessate alla ricerca di un senso più completo e di una maggiore pienezza dell'esistenza; invece di dedicarsi a riequilibrare le lacune del passato, ottenere la remissione dei sintomi e sostituire le abitudini disadattive, i terapisti si rivolgono al potenziale umano di crescita e autorealizzazione, tendendo all'obiettivo di accrescere la consapevolezza, la libertà, la capacità di scelta e la determinazione a vivere in modo migliore. D'altra parte è anche vero che, soprattutto all'inizio, dai suoi stessi fondatori, fu applicata anche su pazienti gravi e che alcuni contributi umanistico-esistenziali sono integrati a volte delle psicoterapie d'urgenza in situazioni cliniche di acuzie.